Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio X ex DGPROG – SiVeAS

VERIFICA ADEMPIMENTI LEA
ANNO 2012

Aprile 2014

INDICE

Introduzione 1
Adempimenti LEA 2012 3
c) Obblighi informativi 3
e) Mantenimento erogazione dei LEA 4
f) Assistenza ospedaliera 4
g) Appropriatezza 6
h) Liste d'attesa 6
l) Controllo spesa farmaceutica 8
m) Conferimento dati al SIS 9
n) Contabilità analitica 10
o) Confermabilità Direttori Generali 10
p) Dispositivi medici 11
s) Assistenza domiciliare e residenziale 12
t) Tariffe ospedaliere 14
u) Prevenzione 15
v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario 16
x) Implementazione percorsi diagnostico-terapeutici 17
y) LEA aggiuntivi 18
ac) Edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico 18
ah) Accreditamento istituzionale 19
aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali 20
ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio 21
am) Controllo cartelle cliniche 22
an) Assistenza protesica 23
ao) Cure palliative e terapia del dolore 23
ap) Sanità penitenziaria 25
as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti 25
at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari 26
au) Sistema CUP 27
aab) Sistema Informativo assistenza per salute mentale NSIS-SISM 27
aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND 28
aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE 29
aae) Attività trasfusionale 29
aaf) Percorso nascita 30
aag) Emergenza-urgenza 31
aah) Cure primarie 33
aai) Riabilitazione 34
aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria 35
aak) Linee Guida per la dematerializzazione 36
aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica 36
Esito delle valutazioni – riepilogo nazionale 39
Esito delle valutazioni – dettaglio regionale 42
Abruzzo 42

Basilicata 60
Calabria 77
Campania 96
Emilia Romagna 112
Lazio 130
Liguria 146
Lombardia 163
Marche 180
Molise 197
Piemonte 213
Puglia 231
Sicilia 249
Toscana 268
Umbria 284
Veneto 303
Allegato 1 "Obblighi informativi statistici" 319
Allegato 2 "Griglia LEA" 324
Allegato 3 "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica" 327
Allegato 4 "Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO) Regionale " 329
Allegato 5 "Tabella Co. An." 330
Allegato 6 "Tabella prevenzione" 332
Allegato 7 "Indicatori di performance" in sanità pubblica veterinaria 333
Allegato 8 "Sanità veterinaria e alimenti - debiti informativi con U.E." 335

Il presente documento è stato realizzato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio X ex DGPROG – SiVeAS, Direttore Dott.ssa Lucia Lispi.

A cura di:
Dott.ssa Claudia Ruina
Dott.ssa Mariella Ryolo (ALMAVIVA)

Introduzione

Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati individuati gli adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale. L'Intesa ha sancito l'impegno reciproco tra Stato e Regioni per garantire il rispetto del principio della uniforme erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza, coerentemente con le risorse programmate dal Servizio sanitario nazionale.

A tal fine, è stato istituito, presso il Ministero della Salute, il ***Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza***, cui è affidato il compito di monitorare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, verificando che si rispettino le condizioni di appropriatezza e di compatibilità con le risorse messe a disposizione per il Servizio Sanitario Nazionale (costituito con decreto del Ministro della salute del 21 novembre 2005).

Per la valutazione annuale degli adempimenti, il Comitato predispone un Questionario, corredato di note esplicative, che è trasmesso alle Regioni tramite il Tavolo adempimenti presso il Ministero dell'economia e delle finanze, di cui all'articolo 12 della citata Intesa Stato-Regioni. A partire dalla documentazione prodotta dalle Regioni si tengono riunioni tecniche istruttorie ai fini della certificazione o meno degli adempimenti.

A supporto delle attività di affiancamento, verifica e monitoraggio, nonché per razionalizzare l'invio della documentazione, pervenuta dalle Regioni o prodotta in fase d'istruttoria, è reso disponibile dal Ministero della Salute il sistema di gestione documentale dedicato "Si.Ve.A.S. – Gestione documenti dei Piani di rientro e del Comitato LEA", realizzato a metà del 2007 e successivamente oggetto di numerose evoluzioni, accessibile via web attraverso un comune collegamento di rete Internet.

La certificazione per quanto di competenza del Comitato Lea è presupposto per la verifica finale degli adempimenti da parte del Tavolo tecnico presso il Ministero dell'economia e delle finanze.

Il presente documento è suddiviso in sezioni; nella prima (Adempimenti LEA 2012) viene riportato l'elenco degli adempimenti oggetto di verifica per l'anno 2012, corredato della normativa di riferimento, dei criteri di valutazione e degli Uffici/Enti responsabili dell'istruttoria.
Si fa presente che alcuni adempimenti sono suddivisi in più sezioni; la valutazione di inadempienza o di adempienza con impegno in almeno una sezione, comporta l'estensione della relativa valutazione a tutto l'adempimento.
La seconda sezione (Esito delle valutazioni – riepilogo nazionale) riporta il riepilogo nazionale degli esiti, con una rappresentazione grafica di immediato impatto.
La terza sezione (Esito delle valutazioni – dettaglio regionale) riporta i risultati, distinti per Regione e per adempimento, della verifica 2012, aggiornati alla data del 12 marzo 2014.
Si fa presente che, per quanto riguarda le Regioni sottoposte al Piano di rientro, la situazione descritta nel presente documento non è definitiva, in quanto l'istruttoria prosegue in sede di verifica trimestrale del Piano di rientro.
Gli otto Allegati si riferiscono, rispettivamente, a

- Allegato 1 "Obblighi informativi statistici"
- Allegato 2 "Griglia LEA"
- Allegato 3 "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica"
- Allegato 4 "Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO) Regionale "
- Allegato 5 "Tabella Co. An."
- Allegato 6 "Tabella prevenzione"

- Allegato 7 "Indicatori di performance" in sanità pubblica veterinaria
- Allegato 8 "Sanità veterinaria e alimenti - debiti informativi con U.E.".

Si ricorda che il Questionario 2012 e le rispettive Note per la compilazione sono consultabili sul portale del Ministero della salute *(http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1301&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea).*

Adempimenti LEA 2012

c) Obblighi informativi

Economici

- adempiere agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio al Sistema Informativo Sanitario dei modelli CE, SP, CP ed LA (D.M. 16 febbraio 2001, D.M. 28 maggio 2001, D.M. 29 aprile 2003, D.M. 18 giugno 2004; D.M. 13 novembre 2007; D.M. 15 giugno 2012);

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

La copertura è misurata attraverso la percentuale di modelli trasmessi rispetto al numero degli attesi che deve essere uguale al 100%.

La qualità è misurata in termini di coerenza tra modelli. Verranno eseguite quattro serie di verifiche:

1) coerenza CE-LA: effettuata confrontando singole voci o aggregati, tra cui la mobilità attiva e passiva, di tutti i modelli del consuntivo. La certificazione verrà riconosciuta se la coerenza è pari al 100%;

2) coerenza CE-SP: effettuata confrontando le voci di risultato d'esercizio e di variazione delle rimanenze nei modelli. La certificazione verrà riconosciuta se la coerenza è pari al 100%;

3) coerenza interna SP: coincidenza fra attivo, passivo e netto. La certificazione verrà riconosciuta se la coerenza è pari al 100%;

4) completezza modello LA 999: compilazione degli allegati al modello LA 999. La certificazione verrà riconosciuta solo se presenti tutti gli allegati o in caso di mancata compilazione previo invio di apposita nota di motivazione.

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria.

Statistici

- adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001;

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

Per ogni flusso informativo, al quale è attribuito un peso, viene valutata la copertura e la qualità dei dati. Vedi la scheda "Obblighi informativi statistici" (Allegato 1).

Uffici istruttori

Ufficio II DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

e) Mantenimento erogazione dei LEA

- mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni, art. 54 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289 e art. 1, comma 169, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311).

Criteri di valutazione

All'apposita tabella riportata nel Questionario corrisponde un punteggio che viene attribuito alla Regione mediante la griglia riportata nella "Griglia LEA" (Allegato 2). Il punteggio finale deriva da un sistema di ponderazione che tiene conto del peso di ogni indicatore e della fascia di punteggio.

Uffici istruttori

Ufficio VI DG Programmazione Sanitaria.

f) Assistenza ospedaliera

- le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. A tale adempimento le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 31 dicembre 2010 e le altre Regioni entro il 30 giugno 2011.

Rispetto a tali standard è compatibile una variazione, che non può superare il 5% in aumento fino alla definizione di una diversa misura da parte della Conferenza Stato-Regioni sulla base di un'apposita valutazione effettuata dalla Struttura tecnica di monitoraggio con il supporto dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, in relazione a condizioni demografiche relative al peso della popolazione ultrasettantacinquenne. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2011, precisando gli obiettivi intermedi per l'anno 2010, oggetto di verifica. Restano ferme eventuali minori dotazioni programmate nelle Regioni impegnate nei piani di rientro. Nei medesimi standard non è compresa la quota di posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre Regioni, registrata nell'anno 2008, fino alla stipula dell'accordo di cui al comma 4. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 19, entro il 30 giugno 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni è definito un Accordo per la fissazione dei principi di programmazione dei posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre Regioni (art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009).

- Art. 15 comma 13 della legge 135/2012 lettera c) sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati, entro il 31 ottobre 2012, con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità

interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, nel rispetto della riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard Europei, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La riduzione dei posti letto è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50 per cento del totale dei posti letto da ridurre ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse. Nelle singole regioni e province autonome, fino ad avvenuta realizzazione del processo di riduzione dei posti letto e delle corrispondenti unità operative complesse, è sospeso il conferimento o il rinnovo di incarichi ai sensi dell'articolo 15-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

- adottare, entro il 30 settembre 2005, i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata garantendo, entro l'anno 2007, il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per 1000 ab. residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006 oggetto di verifica (art. 4, comma 1 , lettera b) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

F.1 - Offerta di posti letto regionali
L'adempimento si considera superato se la Regione

- ha conseguito il relativo standard di dotazione dei posti letto di cui all'Intesa 9 dicembre 2009 (4 posti letto per 1000 ab. comprensivi di 0,7 p.l. per la riabilitazione e post acuzie). Relativamente ai posti letto per acuti, il limite massimo è 3,3 p.l. per 1000 abitanti, per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie, il limite minimo è fissato a 0,35 p.l. per 1000 ab.

  Per le Regioni che eventualmente non dovessero rientrare negli standard predetti, si esamineranno i provvedimenti elaborati per il raggiungimento dei nuovi standard nell'anno 2013 (3,7 p. l. per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 p.l. per la riabilitazione e la post acuzie).

F.2 - Tasso di ospedalizzazione
L'adempimento si considera superato se la Regione

- ha un Tasso di ospedalizzazione inferiore a 180 per 1000 abitanti, comprensivo della modalità diurna, acuzie e post acuzie. Sarà valutata la componente diurna, rispetto al tasso complessivo, compresa nell'intervallo 20% - 25%.

La verifica dell'adempimento è a cura del Ministero della salute sulla base dei dati NSIS HSP12 e HSP13 e SDO, secondo le specifiche riportate nelle Note di compilazione.

Uffici istruttori

Ufficio II DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario (DGSISS)
Ufficio X DG Programmazione Sanitaria.

g) Appropriatezza

- adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzazione delle risorse, in attuazione del punto 4.3 dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 (allegato 1 – punto 2, lettera g dell'Intesa del 23 marzo 2005). La relativa verifica avviene secondo le modalità definite nell'Accordo Stato-Regioni del 1 luglio 2004, atto rep. n. 2035 (art. 52, comma 4, lettera b), della legge 27 dicembre 2002, n.289);

- si conviene che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le Regioni e le Province Autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le Province Autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto all'erogazione in regime ospedaliero (art. 6, comma 5 dell'Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009).

- DL 6/07/2012 n. 95 conv. nella Legge 7 agosto 2012, n. 135 - TITOLO III, art. 15 comma 10 (al fine di incrementare l'appropriatezza amministrativa e l'appropriatezza d'uso dei farmaci il Comitato ed il Tavolo di verifica degli adempimenti di cui agli artt. 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 verificano annualmente che da parte delle Regioni si sia provveduto a garantire l'attivazione ed il funzionamento dei registri dei farmaci sottoposti a registro e l'attivazione delle procedure per ottenere l'eventuale rimborso da parte delle aziende farmaceutiche interessate. I registri dei farmaci di cui al presente comma sono parte integrante del Sistema informativo del Servizio Sanitario Nazionale).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.
Per l'anno 2012 viene descritta la situazione di ciascuna Regione, a soli fini informativi, secondo la metodologia dettagliatamente riportata nelle Note alla compilazione.

Uffici istruttori

Ufficio II DG Programmazione Sanitaria
Ufficio VI DG Programmazione Sanitaria.

h) Liste d'attesa

- l'art. 50, comma 5 della legge 326/2003, attraverso il decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo del 2008, ha previsto la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa in coerenza con quanto previsto dal punto e) dell'articolo 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266.

- Intesa del 28 marzo 2006, recante "Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa 2006-2008" - Punto 7.2. Monitoraggio specifico.

- Legge n.266/2005 Articolo 1, comma 282 che, nel quadro degli interventi per il governo dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure per regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici dandone informazione semestrale al Ministero della salute.

- Intesa del 28 ottobre 2010, recante "Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012" – Lettera F Flusso informativo. 7.1 Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero: A - Monitoraggio ex post attraverso il flusso informativo ex art. 50, comma 5, della legge 326/2003 così come modificato dal decreto del Ministro dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008 e s.m.i. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni e modalità indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12. 1. Monitoraggio ex ante, paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12; B - Monitoraggio dei ricoveri ex D.M. Ministro della Salute 8 luglio 2010 n. 135 sul Regolamento delle informazioni relative alla SDO scheda dimissione ospedaliera ex D.M. 27 ottobre 2000, n. 380. 7.2 Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione. Il monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-2012. 7.3 Monitoraggio dei percorsi dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari.

- Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa, dicembre 2010.

- Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi, giugno 2011.

<u>Criteri di valutazione</u>

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.
Per il 2012 l'adempimento viene valutato secondo i seguenti criteri.

- **H.1** Monitoraggio ex post delle prestazioni incluse nel flusso informativo ex articolo 50 della legge 326/2003.
  L'adempienza viene valutata:
  A. Per tutte le prestazioni rispetto alla corretta copertura dei campi relativi a: Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Primo accesso, Classi di priorità, Garanzia dei tempi massimi (Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa, dicembre 2010). Le soglie di copertura per i suddetti campi corrispondono al 90%.
  B. Per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, rispetto al valore dei seguenti due indicatori
     1. Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/ totale di prestazioni di Classe B
     2. Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/ totale di prestazioni di Classe D.

  Il valore soglia per ogni indicatore di ognuna delle 4 prestazioni è > = al 50%.

- **H.2** Monitoraggio ex ante.
  L'adempienza viene valutata in considerazione di tutti gli elementi della scheda di rilevazione del monitoraggio dei tempi di attesa (Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il

Monitoraggio dei tempi di attesa, dicembre 2010). Si procederà all'esame dei dati pervenuti all'Ufficio III DG Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute.

- **H.3** Monitoraggio delle attività di ricovero.
  L'adempienza viene valutata rispetto alla corretta copertura dei campi relativi a: Data di prenotazione, Classe di priorità (Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa, dicembre 2010).
  La completezza di trasmissione dei suddetti campi deve corrispondere al 90%.
  Si procederà all'esame dei dati forniti dal competente Ufficio del Ministero.

- **H.4** Monitoraggio sospensioni.
  H.4.1 Invio al NSIS delle informazioni relative al Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni (Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa, dicembre 2010).

  H.4.2 Invio delle indicazioni fornite dalle Regioni per regolare i casi di sospensione.

- **H.5** Monitoraggio PDT complessi.
  Invio dei dati relativi al monitoraggio dei PDT complessi previsto dalle Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi, giugno 2011.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Programmazione Sanitaria
Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

I) Controllo spesa farmaceutica

- Art. 5, comma 1 della Legge 222/2007 che fissa il tetto della spesa farmaceutica territoriale al 14%, successivamente modificato al 13,6% per l'anno 2009 dall'art. 13, comma 1, lettera c), del D.L. 39/2009 (convertito in Legge 77/2009), ulteriormente ridotto al 13,3% a partire dal 2010 ai sensi dell'art. 22, comma 3 del D.L. 78/2009 (convertito in Legge 102/2009). Quindi, per l'anno 2012, l'art. 15, comma 2, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012, convertito, con modificazioni, dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012 ha disposto l'ulteriore riduzione del tetto al 13,1%;

- Art. 5, comma 4 della Legge 222/2007: "Entro il 1° dicembre di ogni anno l'AIFA elabora la stima della spesa farmaceutica, così come definita al comma 1, relativa all'anno successivo distintamente per ciascuna Regione e la comunica alle medesime Regioni. Le Regioni che, secondo le stime comunicate dall'AIFA, superano il tetto di spesa regionale prefissato, di cui al comma 1, sono tenute ad adottare misure di contenimento della spesa, ivi inclusa la distribuzione diretta, per un ammontare pari almeno al 30 per cento dello sforamento; dette misure costituiscono adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato. Le Regioni utilizzano eventuali entrate da compartecipazioni alla spesa a carico degli assistiti a scomputo dell'ammontare delle misure a proprio carico";

- Art. 5, comma 5 della Legge 222/2007: "A decorrere dall'anno 2008 la spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta come definita al comma 1, non può superare a livello di ogni singola Regione la misura percentuale del 2,4 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di

attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie. L'eventuale sforamento di detto valore è recuperato interamente a carico della Regione attraverso misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera o di voci equivalenti della spesa ospedaliera non farmaceutica o di altre voci del Servizio sanitario regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. Non è tenuta al ripiano la Regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo".

- Art. 15, comma 2, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012, convertito, con modificazioni, dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012 che fissa il tetto della spesa farmaceutica territoriale al 13,1% del Fabbisogno sanitario.

Criteri di valutazione

Il Ministero attraverso l'AIFA predispone la "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica e del tetto stabilito dalla L. 222/2007 e dalla L. 135/2012" (Allegato 3).

Ai fini della valutazione dell'adempimento:

- relativamente al capitolo dell'assistenza farmaceutica territoriale si terrà conto del rispetto del tetto del 13,1% del Fabbisogno 2012. Nel caso in cui, secondo le stime comunicate da AIFA, le Regioni superino tale tetto, sulla base di quanto disposto dall'art. 5, comma 2 lettera d, Legge 222/2007, verrà verificato se la misure di contenimento della spesa farmaceutica determinano economie per un valore pari al 30% dello sfondamento rispetto al valore in corrispondenza del tetto 2012. Altre misure di contenimento della spesa farmaceutica adottate dalle Regioni, devono essere supportate dalla normativa di riferimento e deve essere specificato l'importo, come indicato nel Questionario;
- relativamente al capitolo della spesa farmaceutica ospedaliera si terrà conto del rispetto del tetto del 2,4%, sulla base di quanto contenuto nell'Art. 5, comma 5 Legge 222/2007;
- nel caso delle Regioni che hanno superato il tetto del 2,4% e/o non hanno fatto registrare un equilibrio economico complessivo, specificare le misure a carico del bilancio regionale, oppure di altre voci del bilancio che si sono rese disponibili per la copertura del disavanzo della spesa farmaceutica ospedaliera, come specificato nel Questionario;
- nel caso delle Regioni che hanno superato il tetto del 2,4% ma che, al contrario, hanno fatto registrare un equilibrio economico complessivo, ai fini dell'adempimento si fa riferimento a quanto certificato dal Tavolo adempimenti, ovvero dal Tavolo adempimenti con il Comitato LEA, in sede di verifica dell'equilibrio.

Uffici istruttori

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
Valutazione congiunta Comitato Lea - Tavolo adempimenti (Ministero Economia e Finanze).

m) Conferimento dati al SIS

- il conferimento dei dati al SIS, nei contenuti e secondo le modalità di cui al comma 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla suddetta Intesa, sulla base dei criteri fissati dalla Cabina di Regia. Restano fermi gli adempimenti relativi agli obblighi informativi di cui ai punti precedenti (art. 3, comma 6, Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.
Per l'adempienza si valuteranno i processi di verifica e validazione dei dati e di governo sui Sistemi Informativi.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

n) Contabilità analitica

- adozione di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna Azienda Unità Sanitaria Locale, Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera universitaria, ivi compresi i Policlinici universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (art. 3, comma 7, Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

Nella valutazione si terrà conto della presenza di atti o provvedimenti finalizzati a garantire l'adozione della contabilità analitica per centri di costo e responsabilità nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Ospedaliere. La domanda, volta a conoscere se esiste un sistema di contabilità uniforme per tutte le aziende della Regione, è finalizzata ad avere garanzia di raccolta ed utilizzo a livello regionale di dati analitici aziendali.

Sarà inoltre oggetto di valutazione la scheda "Verifica e monitoraggio stato d'implementazione Co. An." (Allegato 5).

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria.

o) Confermabilità Direttori Generali

- garantire entro il 30 ottobre 2005 ed a tale scopo adottare misure specifiche dirette a prevedere che, ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore Generale delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere Universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario costituisce grave inadempienza (art. 3, comma 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

Nella valutazione si terrà conto della presenza di atti o provvedimenti tendenti a garantire che nei contratti dei Direttori Generali sia presente il rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ai fini della confermabilità dell'incarico.

Sarà necessario inviare copia dei contratti nei seguenti casi:

- modifiche intervenute su contratti già valutati nelle precedenti verifiche;
- contratti di nuova sottoscrizione.

La verifica in ogni caso si limiterà a ritenere assorbita la valutazione del punto o) attraverso quella riferita al punto c.1) Obblighi informativi economici, tranne quando non siano intervenuti nuovi provvedimenti regionali di adozione del contratto tipo di nomina dei direttori generali, nel qual caso gli stessi verranno appositamente verificati.

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria.

p) Dispositivi medici

- verifica delle azioni che la Regione intende porre in essere o ha già individuato e rese operative nel corso dell'anno 2012 o nei primi mesi dell'anno successivo (artt. 5 e 6 del Decreto del Ministro della salute 21 dicembre 2009 "Modifiche ed integrazioni al decreto 20 febbraio 2007 recante «Nuove modalità per gli adempimenti previsti per la registrazione dei dispositivi impiantabili attivi nonché per l'iscrizione nel Repertorio dei dispositivi medici").

Gli artt. 5 e 6 del D.M. 21 dicembre 2009 rispettivamente ai commi 5 e 2 prevedono che " … Nelle gare per l'acquisizione, a qualsiasi titolo, dei dispositivi medici di cui al comma 1 e, più in generale, nei rapporti commerciali, le strutture del Servizio Sanitario Nazionale si astengono dal richiedere ai fornitori qualsiasi informazione, dichiarata dai fornitori stessi disponibile nel Repertorio dei dispositivi medici, aggiornata alla data della dichiarazioni. …."

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale").

Criteri di valutazione

La valutazione terrà conto della corretta applicazione del Decreto Ministero della salute 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale". Inoltre, la valutazione terrà anche conto di quanto messo in atto dalla Regione per richiamare l'attenzione delle strutture sanitarie circa la valenza della Banca Dati e l'applicazione di quanto disposto dagli artt. 5 e 6 del D.M. 21 dicembre 2009.

Pertanto, la valutazione si articolerà come segue:

P.1

Verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici (D.M. 11 giugno 2010).

La verifica tiene conto dei dati relativi ai consumi dei dispositivi medici presenti nel NSIS relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012. La Regione risulta adempiente se:

- le trasmissioni dei dati sono riferite a tutti i mesi del periodo gennaio-dicembre;
- le trasmissioni dei dati sono riferite a tutte le aziende sanitarie.

P.2-P.3

Verifica delle azioni che la Regione ha già individuato o posto in essere nel corso dell'anno 2012 o nei primi mesi dell'anno successivo relativamente a quanto disposto dal D.M. 21 dicembre 2009, in particolare dagli artt. 5 e 6.

Uffici istruttori

Ufficio III DG dei Dispositivi medici, del Servizio farmaceutico e della Sicurezza delle cure

Ufficio IV DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

- garantire adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera (articolo 4, comma 1 , lettera c) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005);

- promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione (articolo 4, comma 1 , lettera g) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza domiciliare (DM 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare").

- DM 6 agosto 2012 "Modifiche al DM 17 dicembre 2008 recante "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare".

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (DM 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali").

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

S.1–S.2

La certificazione sintetica terrà conto dei seguenti punti: diffusione e utilizzo presso i servizi dello strumento di valutazione multidimensionale dei disabili adottato dalle regioni, presenza sul territorio delle diverse tipologie di offerta assistenziale extra ospedaliera, fissazione delle quote a carico delle ASL e dei Comuni per tutte le tipologie di assistenza, completezza e congruità dei dati forniti dalle tabelle riportate nel Questionario 2012.

Alle diverse voci viene attribuito il seguente punteggio:

Valutazione multidimensionale del disabile: 1 punto

Offerta assistenziale: 9 punti

Ripartizione degli oneri: 9 punti.

Fornitura dati posti letto: 4 punti

PUNTEGGIO MASSIMO ATTRIBUITO: 23 PUNTI

La Regione si considera inadempiente se non raggiunge il punteggio totale di 11/23, ovvero se non raggiunge i seguenti punteggi nelle diverse sezioni:

Valutazione multidimensionale del disabile: 1 punto

Offerta assistenziale: 4 punti (con riferimento all'offerta assistenziale considerata necessaria)

Ripartizione degli oneri: 4 punti (con riferimento alla presenza/assenza della quota di compartecipazione considerata necessaria)

Fornitura dati posti letto: 2 punti.

S.3

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'assistenza domiciliare nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2012.

L'adempienza della Regione sarà valutata tenendo conto del valore complessivo attribuito ai singoli elementi con i seguenti pesi:

- Disponibilità del dato (tracciati non acquisiti: 0 , tracciati acquisiti: 1)
- Completezza territoriale

  <75% 0

  >=75% and <95% 1

  >=95% 2

  Coerenza con SIS: Numero di prese in carico attivate (SIAD)/Numero di casi trattati (FLS21 Quadro H)
- Qualità

  N. Record validi/N. Record inviati (%) rispetto a dimensioni specifiche: anagrafica strutture, anagrafica regione di residenza, anagrafica ASL di residenza, Patologia prevalente

  <65% 0

  >=65% and <85% 1

  >=85% 2

  Punteggio complessivo: se < 2 Inadempiente; se ≥ 2 Adempiente.

S.4

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'assistenza residenziale e semiresidenziale nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2012.

L'adempienza della Regione sarà valutata tenendo conto del valore complessivo attribuito ai singoli elementi con i seguenti pesi:

- Disponibilità dei dati alle scadenze prefissate:

  Flusso (tracciati) non acquisito: 0

  Flusso (tracciati) acquisito: 1

- Completezza (ASL/AO)

  Posizionamento rispetto ad un valore obiettivo (tra 0 e 2) in considerazione della coerenza con i dati SIS

  <75% 0
  >=75% and <95% 1
  >=95% 2

  Coerenza con SIS:

  Assistenza Semiresidenziale

  N. ammissioni attive (FAR)/ N utenti (STS 24 Quadro F-Tipo assistenza =2 - Assistenza agli anziani) - (PER ANNO)

  Assistenza Residenziale

  N. ammissioni attive (FAR)/ N utenti (STS 24 Quadro G-Tipo assistenza =2 - Assistenza agli anziani) - (PER ANNO)

- Qualità

  N. Record validi/N. Record inviati (%) rispetto a dimensioni specifiche: anagrafica strutture, anagrafica regione di residenza, anagrafica ASL di residenza, Tipologia prestazione

  <65% 0
  >=65% and <85% 1
  >=85% 2

  Punteggio complessivo: se < 2 Inadempiente; se ≥ 2 Adempiente.

<u>Uffici istruttori</u>

Ufficio II DG Programmazione Sanitaria

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

<u>t) Tariffe ospedaliere</u>

- stabilire nella definizione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, un valore soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari nei reparti di lungo degenza, oltre il quale si applica una significativa riduzione della tariffa giornaliera, fatta salva la garanzia della continuità dell'assistenza. In fase di prima applicazione fino all'adozione del relativo provvedimento regionale, il valore soglia è fissato in un massimo di 60 giorni di degenza, con una riduzione tariffaria pari ad almeno il 30% della tariffa giornaliera piena (art. 4, comma 1, lettera

d) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005; DM 18 Ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. del 28 gennaio 2013).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

La verifica è volta ad accertare se nell'anno 2012 la Regione abbia adottato provvedimenti che abbiano modificato quanto previsto dall'articolo 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005.

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria.

u) Prevenzione

- adottare, entro il 30 giugno 2005, il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione di cui all'allegato 2, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale. Le Regioni e le Province autonome convengono, per la completa attuazione di quanto previsto dal citato Piano, di destinare 200 milioni di Euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, come individuate nella tabella di cui all'allegato n. 2. Le Regioni e le Province autonome si impegnano, altresì, a trasmettere al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo della malattie, istituito dall'articolo 1 della Legge 26 maggio 2004, n.138, di conversione del Decreto Legge 29 marzo 2004, n.81, idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire al medesimo Centro di certificare l'avvenuto adempimento, ai fini di quanto previsto dal successivo articolo 12 (art. 4, comma 1, lettera e) dell' Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005);

- Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008 (rep. 104/CS) "Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003 n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la proroga al 2008 del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 e le modalità dell'elaborazione della proposta di Piano Nazionale della Prevenzione 2009-2011" ha esteso la validità del piano al 2008, essendo stato confermato dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (DPR 7 aprile 2006);

- Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009, in vista della prossima emanazione del nuovo Piano, ha ritenuto di dare alle Regioni l'opportunità di completare e consolidare i programmi in corso di attuazione, ma anche, ove l'emanazione del nuovo Piano lo consenta, di riallineare i propri programmi per il perseguimento degli obiettivi in esso individuati;

- Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 concernente il Piano nazionale della prevenzione per gli anni 2010-2012;

- Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 (Rep. n.29/CSR) concernente il "Documento per la valutazione dei Piani regionali della prevenzione 2010 - 2012".

- D.P.C.M. 17 dicembre 2007. Esecuzione accordo 1 agosto 2007, recante "Patto per la tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro". Il decreto rende esecutivo l'accordo del 1 agosto 2007 recante "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro". Nel Patto si razionalizzano gli interventi, al fine di pervenire ad un utilizzo efficace ed appropriato delle

risorse umane, strumentali e finanziarie previste ed impiegate per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro. Sono stabiliti gli obiettivi strategici del sistema, le risorse da utilizzare e la metodologia di monitoraggio e valutazione delle attività tramite indicatori.

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.
Vedi "Tabella prevenzione" (Allegato 6).

Uffici istruttori
Ufficio II DG Prevenzione
Ufficio IX DG Prevenzione.

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

- adottare, entro il 30 luglio 2005, ed avviare entro il 30 settembre 2005, il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, da approvarsi con separata intesa entro il 30 maggio 2005 sulla base delle linee contenute nell'allegato 3, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale. Le Regioni e le Province autonome convengono, altresì, di destinare 50 milioni di Euro per la realizzazione, nel proprio ambito territoriale, del medesimo Piano. Le Regioni e le Province autonome si impegnano a trasmettere al Centro nazionale per l'ECM, da istituirsi con la richiamata intesa, idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire al medesimo Centro di certificare l'avvenuto adempimento, ai fini di quanto previsto dal successivo articolo 12 dell'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005 (art. 4, comma 1, lettera f) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005).

- Accordo del 5 novembre 2009, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente "il nuovo sistema di Formazione continua in medicina - Accreditamento del provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti".

- Accordo del 19 aprile 2012, ai sensi dell'art. 4 del decreto 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011/2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti".

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

Per l'adempimento si considerano i seguenti criteri:

1. Piano di Formazione Continua Regionale;
2. Sistema di accreditamento regionale: procedura informatica utilizzata per l'accreditamento degli aspiranti provider e per l'accreditamento delle singole attività formative (utenza e password per la verifica), oppure la stipula di un apposito

accordo convenzionale tra la Regione e l'AGENAS per la realizzazione della piattaforma informatica (Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012);

3. Manuale di accreditamento provider adottato dalla Regione (Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012);
4. Descrizione dello stato di attuazione del programma ECM regionale: elenco degli eventi formativi e/o di progetti formativi aziendali realizzati nel 2012 ed elenco dei Provider regionali, indicazione dell'ente accreditante regionale e dei relativi recapiti;
5. Indicazione delle risorse finanziarie utilizzate dalla Regione in favore delle Aziende del SSN nel 2012 per la Formazione continua dei dipendenti/convenzionati del SSN e quella rivolta ad altri professionisti sanitari;
6. Trasferimento dei report contenenti i dati anagrafici dei partecipanti e i crediti formativi attribuiti agli eventi formativi e ai progetti aziendali, al Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie (Co.Ge.A.P.S.) (Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009);
7. Istituzione Osservatorio Regionale (Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009).

Uffici istruttori

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).

x) Implementazione percorsi diagnostico-terapeutici

- Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, art. 4, comma 1, lettera g: " promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero, che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione".

- Legge 23 dicembre 1996, n. 662, articolo 1, comma 28. Allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio delle gestioni, i medici abilitati alle funzioni prescrittive conformano le proprie autonome decisioni tecniche a percorsi diagnostici e terapeutici, cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa, ecc..

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

La valutazione terrà conto delle informazioni acquisite tramite l'invio della documentazione attestante il monitoraggio dell'implementazione delle Linee Guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) sia in ambito ospedaliero che territoriale, relativa a:

- formalizzazione di una metodologia/procedura per il monitoraggio, nelle aziende sanitarie ed ospedaliere, dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale
- effettuazione del monitoraggio dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale
- presenza a livello regionale di una funzione (ufficio/servizio/gruppo di lavoro) che svolge regolarmente la raccolta ed analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Programmazione Sanitaria.

y) LEA aggiuntivi

- trasmissione al Comitato di cui all'art. 9 dei provvedimenti relativi ai livelli essenziali aggiuntivi regionali e al relativo finanziamento (art. 4 comma 1, lettera h) dell'Intesa del 23 marzo 2005);

- trasmissione al Comitato entro il 31 dicembre 2009, e comunque con cadenza annuale, un provvedimento ricognitivo, sottoscritto dal dirigente responsabile del procedimento, relativo alle prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dall'ordinamento vigente in materia di livelli essenziali aggiuntivi, con l'indicazione della specifica fonte di finanziamento non a carico del SSN, corredata da relazione tecnica analitica sulla congruità del finanziamento predisposto (art. 4, comma 1 lettera c) dell'Intesa Stato-Regioni del 3.12.2009 concernente il nuovo Patto della salute per gli anni 2010-2012).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

La valutazione avverrà previa verifica del "provvedimento ricognitivo" dei LEA aggiuntivi previsto dall'art 4 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012. Nel provvedimento ricognitivo dovrà essere indicata la norma di riferimento, lo specifico capitolo di bilancio e l'importo del finanziamento. Verrà valutata, altresì, la congruità dei dati dichiarati dalla Regione con quelli risultanti dall'allegato 5 al modello di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza (modello LA).

Uffici istruttori

Ufficio II DG Programmazione Sanitaria.

ac) Edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico

- ai fini dell'applicazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 188, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, si conviene che per le Regioni che alla data del 1° gennaio 2005 abbiano ancora in corso di completamento il proprio programma di investimenti in attuazione dell'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, sia fissata al 15% la quota minima delle risorse residue da destinare al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, salvo la dimostrazione da parte delle Regioni di avere già investito risorse per l'ammodernamento tecnologico (art. 10, comma 1 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005)

- le risorse residue di cui al comma 1 sono quelle risultanti dalla differenza tra le risorse complessivamente assegnate e le risorse già finalizzate a specifici interventi, compresi in Accordi di programma già sottoscritti e per i quali, al momento dell'entrata in vigore della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, sia già avvenuta l'emanazione del decreto dirigenziale del Ministero della salute di ammissione al finanziamento, ovvero sia già stata formalmente commissionata la progettazione da parte della Regione interessata (art. 10, comma 2 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

La Regione deve trasmettere al Comitato Lea una relazione descrittiva, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 1, comma 188, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, degli interventi di potenziamento ed ammodernamento tecnologico ai quali sono state destinate almeno il 15% delle risorse a disposizione. A tale fine, si è convenuto con l'articolo 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che le risorse residue sono quelle risultanti dalla differenza tra le risorse complessivamente assegnate e le risorse già finalizzate a specifici interventi.

Uffici istruttori

Ufficio VII DG Programmazione Sanitaria.

ah) Accreditamento istituzionale

- art. 1, comma 796, lettera s) della Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007). A decorrere dal 1° gennaio 2008, cessano i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della Legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, del comma 796, art. 1 della Legge 296/2006;

- art. 1, comma 796, lettera t) della Legge 27 dicembre 2006, n. 296. Stabilisce, tra l'altro, che: «...le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1 gennaio 2010 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'articolo 8-quater, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'art. 8-quater, comma 1 del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992»;

- art. 1, comma 796, lettera u) della Legge 27 dicembre 2006, n. 296. Stabilisce, tra l'altro, che: «...le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che, a decorrere dal 1 gennaio 2008, non possano essere concessi nuovi accreditamenti ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione ai sensi del comma 8 dell'art. 8-quater, comma 8 decreto legislativo n. 502 del 1992»;

- Patto per la salute 2010-2012. Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. Verifica dell'avvenuto passaggio al regime dell'accreditamento Istituzionale come previsto dall'art. 1 comma 796 della Legge 296/06 Finanziaria 2007;

- Legge n. 191 del 23 dicembre 2009, Art. 2 comma 100. Stabilisce che all'art. 1, comma 796, lettera t), della Legge 27 dicembre 2006, n. 296, le parole "1 gennaio 2010" sono sostituite dalle seguenti "1 gennaio 2011";

- Art. 2 del decreto legge 29 dicembre 2010, n. 225 così come convertito nella Legge n. 10 del 26 febbraio 2011 stabilisce che all'articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, dopo le parole: "strutture private" sono inserite le seguenti: "ospedaliere e ambulatoriali" e dopo le parole: "decreto legislativo n. 502 del 1992;" sono inserite le seguenti: "le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2013 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché degli stabilimenti termali come individuati dalla legge 24 ottobre 2000, n. 323, non confermati

dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992";

- Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" Allegato: Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento.

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

La valutazione terrà conto di:

- rilascio dell'accreditamento istituzionale definitivo di tutte le strutture sanitarie private e sociosanitarie private.
- compilazione della tabella relativa al passaggio all'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie private e di quelle sociosanitarie private previa verifiche in loco.

Si richiama l'attenzione della Regione sull'Intesa del 20 dicembre 2012 recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" che dovrà essere recepita nel corso del 2013 e che sarà oggetto di valutazione per l'anno 2013.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Programmazione Sanitaria

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

- le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano trasmettono ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari regionali - copia dei programmi di sperimentazione aventi ad oggetto i nuovi modelli gestionali adottati sulla base dell'articolo 9-bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, e successive modificazioni, ovvero sulla base della normativa regionali o provinciale disciplinante la materia. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano trasmettono annualmente ai predetti Ministeri, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari regionali, una relazione sui risultati conseguiti con la sperimentazione, sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi (art. 3, comma 7 del Decreto Legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito con modificazioni nella Legge 16 novembre 2001 n. 405).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

Al fine della valutazione dell'adempimento dovrà essere compilata la scheda di rilevazione presente nel Questionario, indicando i programmi autorizzati, in corso o conclusi al 31 dicembre 2012, oltre ad indicare se la Regione ha legiferato in materia di sperimentazioni gestionali per modificare i criteri definiti dall'art. 9-bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502.
Inoltre, dovranno essere allegati copia dei Programmi di sperimentazione aventi ad oggetto i nuovi modelli adottati, ogni Provvedimento normativo richiesto nella scheda di rilevazione e la

Relazione annuale di verifica sui risultati conseguiti, che dovrà tener conto dei criteri di garanzia (mantenimento e/o miglioramento dei livelli uniformi di assistenza) e di convenienza (benefici economici, organizzativi, gestionali).

Uffici istruttori

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

- fatto salvo quanto previsto in materia di aggiornamento dei tariffari delle prestazioni sanitarie dall'articolo 1, comma 170, quarto periodo, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, come modificato dalla presente lettera, a partire dalla data di entrata in vigore della presente Legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto. Fermo restando il predetto sconto, le Regioni provvedono, entro il 28 febbraio 2007, ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate. All'articolo 1, comma 170, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «sentite le società scientifiche e le associazioni di categoria interessate» (art. 1, comma 796, lettera o) della Legge 27 dicembre 2006, n. 296).

In data 23 Marzo 2011 è stato sancito l'Accordo fra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in merito ai "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio" contenente criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta ferma restando l'autonomia delle singole Regioni, in particolare di quelle che hanno già avviato il processo di razionalizzazione della rete delle strutture di laboratorio, alla traduzione operativa degli stessi ritenuta più consona alle specifiche realtà territoriali.

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

Relativamente al Piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, trattandosi di un adempimento programmatorio, è indispensabile l'assunzione dell'atto. Per la regolamentazione del service di laboratorio, facendo riferimento all'Accordo 23/03/2011, risulta vincolante ai fini dell'adempienza l'assunzione dell'atto regolatorio.
Per la medicina di laboratorio, trattandosi di elementi attuativi e qualitativi delle realtà regionali, nella verifica si terrà conto della completezza delle risposte ai quesiti, considerando che tutte le informazioni che riguardano il Piano di Riorganizzazione saranno valutate coerentemente agli impegni assunti nel Piano stesso.

Uffici istruttori

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).

am) Controllo cartelle cliniche

- controllare le cartelle cliniche ai fini della verifica della qualità dell'assistenza secondo criteri di appropriatezza (articolo 79 comma 1 septies legge 6 agosto 2008 n. 133).

All'art. 88 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, il comma 2 è sostituito dal seguente: «2. Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le Regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate delle regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze»;

- art. 1 comma 1 Decreto Ministeriale del 10 dicembre 2009. In attuazione dell'art. 79, comma 1-septies, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, il presente decreto definisce i parametri mediante i quali le Regioni individuano le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera.

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

La valutazione terrà conto delle modalità operative di controllo messe in atto dalle Regioni sia in termini quantitativi sia organizzativi, alla luce delle disposizioni previste dall'art. 79, comma 1 septies del decreto legge 112 del 25 giugno 2008, convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2008 n. 133. In particolare si effettuerà un'analisi delle modalità operative di controllo effettuate, degli strumenti utilizzati per la valutazione e dei risultati riportati nella tabella 1 della Circolare del Ministero della salute n. 5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" (G.U. Serie Generale n.122 del 27 maggio 2010) – ad integrazione della nota n. 3372 del 31/01/2011".

Per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza la valutazione sarà condotta sulla base dei contenuti del report previsto all'art. 3 c. 2 del DM 10 dicembre 2009 e della tabella 2 della suddetta Circolare del Ministero della salute n. 5865 del 1 marzo 2013.

Uffici istruttori

Ufficio VI DG Programmazione Sanitaria.

an) Assistenza protesica

- verificare la spesa per l'erogazione dell'assistenza protesica. Nell'anno 2008, a livello nazionale e in ogni singola Regione, la spesa per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica relativa ai dispositivi su misura di cui all'elenco 1 allegato al regolamento di cui al Decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332, non può superare il livello di spesa registrato nell'anno 2007 incrementato del tasso di inflazione programmata. Al fine di omogeneizzare sul territorio nazionale la remunerazione delle medesime prestazioni, gli importi delle relative tariffe, fissate quali tariffe massime dall'art. 4 del Decreto del Ministro della salute 12 settembre 2006, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 289 del 13 dicembre 2006, sono incrementati del 9 per cento (art. 2 comma 380 Legge 24 dicembre 2007 n. 244).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

Ai sensi dell'art. 2 comma 380 legge 24 dicembre 2007 n. 244 è previsto che "a livello nazionale e in ogni singola Regione, la spesa per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica relativa ai dispositivi su misura di cui all'elenco 1 allegato al regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332, non può superare il livello di spesa registrato nell'anno 2007 incrementato del tasso di inflazione programmata".
La verifica sarà effettuata sulle certificazioni inviate dalle Regioni contenenti il seguente dettaglio della spesa 2011:

a. spesa per la fornitura dei dispositivi di cui all'elenco 1 allegato al D.M. n. 332/1999;
b. spesa per la fornitura dei dispositivi di cui agli elenchi 2 e 3 allegati al D.M. n. 332/1999;
c. spesa totale per assistenza protesica ex D.M. n. 332/1999 (a + b).

L'adempienza verrà riconosciuta solo in presenza della coincidenza del valore di cui alla lettera c) con quello riportato nell'apposita voce L20700 del modello LA consolidato regionale (999) a consuntivo 2011, limitatamente alle colonne dei "consumi sanitari" e dei costi delle "prestazioni sanitarie". In caso contrario, l'adempienza verrà concessa solo se la Regione ha motivato in maniera esaustiva la discordanza tra i valori, tenuto conto che il criterio di contabilizzazione della voce relativa all'assistenza protesica nel modello LA non è ancora uniforme sul territorio nazionale.

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria.

ao) Cure palliative e terapia del dolore

- determinare standard qualitativi e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali (Decreto 22 febbraio 2007, n. 43 "Regolamento recante: definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1 comma 169 della L. 30 dicembre 2004 n. 311");

- Legge 15 marzo 2010, n . 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", articolo 3, comma 3;

- Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2010 sulla proposta del Ministro della salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale-Territorio senza dolore" di cui all''articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38;

- Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore.

- DM 6 giugno 2012: "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli hospice" (il suddetto sistema è finalizzato alla raccolta delle informazioni relative all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria erogata presso gli hospice).

- Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sulla proposta del Ministero della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

- Verifica della disponibilità e completezza dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice").

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

AO.1 *Standard qualitativi e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali (Decreto 22 febbraio 2007, n. 43)*

La valutazione terrà conto dello stato di raggiungimento dei valori standard per gli otto indicatori per il monitoraggio dell'assistenza palliativa erogata presso gli hospice e presso il domicilio fissati dal DM 43 del 22 febbraio 2007.

AO.2 *Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli hospice (HOSPICE)*

Per l'adempienza si valuterà la coerenza con il piano di adeguamento, laddove inviato, altrimenti l'acquisizione dei dati nel NSIS.

AO.3 *Percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.*

La valutazione terrà conto delle informazioni acquisite tramite la compilazione della tabella relativa al Percorso terapeutico-assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia:

1. Attivazione della rete;
2. Misurazione della severità del dolore;
3. Prescrizione della terapia antalgica anche con oppiacei;
4. Valutazione efficacia della terapia.

Uffici istruttori

Ufficio XI DG Programmazione Sanitaria
Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario
Ufficio III DG Programmazione Sanitaria.

ap) Sanità penitenziaria

- assistenza sanitaria alle persone detenute o internate secondo quanto previsto dal DPCM 1 aprile 2008 " Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria";

- Accordo concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008, Rep. n. 84/CU del 26 novembre 2009;

- Accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sancito il 26 novembre 2009 sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria";

- Intesa, tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Infezione da HIV e detenzione" (Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 ATTO n.3 3/CU 15/03/2012).

Criteri di valutazione

Per le Regioni dichiarate inadempienti o "adempienti con impegno" nel corso del 2011, il superamento delle criticità riscontrate sarà condizione necessaria per il giudizio di adempienza.

Fermo restando quanto sopra, la valutazione sarà positiva nel caso in cui la Regione abbia risposto positivamente alla domanda al punto del Questionario **AP.1.1** (dimissione di almeno il 50% degli internati in OPG per i quali è stata disposta la proroga della misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno) e ad almeno una delle domande ai punti **AP.1.2** (valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali dei minori accolti dai Centri di Prima Accoglienza**)** o **AP.1.3** (tutela salute mentale in ambito penitenziario). Per le Regioni a statuto speciale la valutazione sarà positiva nel caso in cui il disegno di legge di trasferimento sia stato approvato dalla Commissione paritetica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Uffici istruttori

Ufficio II DG Programmazione Sanitaria.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

- Intesa Stato-Regioni 20 marzo 2008 punto 2. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, … si impegnano a promuovere, presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture sanitarie private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell'ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali … i singoli eventi avversi ed i dati elaborati saranno trattati in forma completamente anonima e confidenziale per le finalità prioritaria di analisi degli stessi e saranno trasmessi al sistema informativo sanitario attraverso uno specifico flusso (SIMES.);

- Decreto 11 dicembre 2009, G.U. Serie Generale n. 8 del 12 gennaio 2010. Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES);

- Raccomandazioni ministeriali;

- Farmacopea XII edizione (NPB);

- Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria, Ministero della Salute;

- OMS: Safe Surgery;

- DL 13 settembre 2012 n. 158 convertito nella Legge 8 novembre 2012, n. 189 art. 3 bis, comma.1: "Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari";

- Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella.

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

Ai fini della adempienza si terranno in considerazione i seguenti aspetti valutativi:

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali.

- Emanazione a livello regionale dei provvedimenti formali indirizzati alle Aziende sanitarie affinché siano implementate le Raccomandazioni ministeriali. Criterio per l'adempienza > = 7 Raccomandazioni.
- Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici e precisamente: ricognizione da parte della Regione delle strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici sul totale delle strutture che erogano prestazioni oncologiche.
- Attuazione iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari in riferimento alle Raccomandazioni ministeriali.

AS.2 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria.

- Numero di U.O. chirurgiche che adottano 1 Checklist in Sala operatoria rispetto al totale delle UO chirurgiche.

AS.3 Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite SIMES.

- Invio dell'atto regionale che definisce la procedura per il caricamento e la validazione degli Eventi sentinella nel SIMES.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Programmazione Sanitaria.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

- il Decreto, di cui all'Intesa del 24 gennaio 2013 rep 15/CSR, prevede che i Percorsi Attuativi di Certificabilità (P.A.C) siano approvati coerentemente con quanto disposto dal comma 3 dell'articolo 3, del Decreto Certificabilità.

Per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro, la valutazione sarà congiunta tra il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA e il Tavolo di verifica adempimenti; per le Regioni non sottoposte ai Piani di rientro la valutazione verrà effettuata dal Tavolo di verifica adempimenti.

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.
Il decreto, di cui all'intesa del 24 gennaio 2013 rep 15/CSR, prevede che i Percorsi Attuativi di Certificabilità siano approvati coerentemente con quanto disposto dal comma 3 dell'articolo 3, del Decreto Certificabilità.
Per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro, la valutazione sarà congiunta tra il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA e il Tavolo adempimenti presso il Ministero dell'economia e finanze; per le Regioni non sottoposte ai Piani di rientro la valutazione verrà effettuata dal Tavolo adempimenti.

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria.

au) Sistema CUP

- recepimento delle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

Per l'adempienza si valuterà il livello di implementazione e della copertura territoriale dei sistemi di prenotazione CUP disponibili a livello regionale in coerenza con le Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

aab) Sistema Informativo assistenza per salute mentale NSIS-SISM

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi alla assistenza per salute mentale (DM 15 ottobre 2010 "Istituzione del sistema informativo per la salute mentale").

Criteri di valutazione

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'assistenza per la salute mentale nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2012.

L'adempienza della Regione sarà valutata tenendo conto del valore complessivo attribuito ai singoli elementi con i seguenti pesi:

- disponibilità dei dati alle scadenze prefissate:

  Flusso (tracciati) non acquisito: 0

  Flusso(tracciati) acquisito: 1

- completezza (ASL/AO):

  Posizionamento rispetto ad un valore obiettivo (tra 0 e 2)

  <75% 0

  >=75% and <95% 1

  >=95% 2

- qualità:

  N. Record validi/N. Record inviati (%) rispetto a dimensioni specifiche: anagrafica strutture, Regione di residenza, Asl di residenza, diagnosi di apertura/chiusura, tipo intervento, diagnosi.

  <65% 0

  >=65% and <85% 1

  >=85% 2

Punteggio complessivo: se < 2 Inadempiente; se ≥ 2 Adempiente

Uffici istruttori

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti (DM 11 giugno 2010 "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze").

Criteri di valutazione

La valutazione tiene conto dei dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2012.

L'adempienza della Regione sarà valutata tenendo conto del valore complessivo attribuito ai singoli elementi con i seguenti pesi:

- disponibilità dei dati alle scadenze prefissate:

  Flusso (tracciati) non acquisito: 0

  Flusso (tracciati) acquisito: 1

- completezza (ASL/AO):

  Posizionamento rispetto ad un valore obiettivo (tra 0 e 2)

  <75% 0

  >=75% and <95% 1

  >=95% 2

- qualità:

  N. Record validi/N. Record inviati (%) rispetto a dimensioni specifiche: anagrafica strutture, anagrafica Regione di residenza, anagrafica ASL di residenza, codice sostanza d'uso, diagnosi.

<65%	0
>=65% and <85%	1
>=85%	2

Punteggio complessivo: se < 2 Inadempiente; se ≥ 2 Adempiente

Uffici istruttori

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

- recepimento delle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011.
Le Linee Guida, predisposte dal Ministero della salute in stretta collaborazione con le Regioni, rispondono all'esigenza di attuare un'azione di raccordo, volta a definire utili indirizzi per lo sviluppo e l'armonizzazione dei Sistemi FSE.
Le stesse rappresentano il riferimento unitario nazionale per la realizzazione di Sistemi FSE, ed individuano gli elementi di riferimento necessari per una coerente progettazione ed impiego di tali sistemi nell'ambito del SSN e del più ampio contesto Europeo.

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.
Per l'adempienza si valuterà il livello di implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico a livello regionale con l'indicazione delle strutture con esso integrate in coerenza con Le Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

aae) Attività trasfusionale

- Legge 21 ottobre 2005, n 219 recante "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati";

- Decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261, recante "Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti";

- Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica (articolo 19, comma 1, legge 219/2005);

- Accordo del 13 ottobre 2011 sul documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle strutture regionali coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali";

- Accordo del 25 luglio 2012 sul documento "Linee guida documento "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti".

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

Ai fini dell'adempienza si ritiene indispensabile che la Regione ottemperi a tutti gli adempimenti previsti nel Questionario al punto AAE.1 - Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi per l'esercizio delle attività dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica.
Per gli adempimenti di cui al punto AAE.2 - Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali, l'adempienza si considera se non viene allegata la documentazione relativa ad un solo punto di cui alle lettere a), b) e c) delle funzioni delle SRC.
Per gli adempimenti di cui al punto AAE.3 - Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti si terrà conto del fatto che l'Accordo è stato sancito il 25 luglio 2012.

Uffici istruttori

Ufficio VIII DG Prevenzione.

aaf) Percorso nascita

- Accordo 16 dicembre 2010, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo» (Rep. atti n. 137/CU, G.U. Serie Generale n. 13 del 18 gennaio 2011).
L'Accordo prevede l'istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita ed un'analoga funzione dovrà essere attivata a livello di ogni singola Regione e Provincia Autonoma, nonché a livello di ogni struttura sanitaria, sulla base dell'organizzazione regionale.

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

Per l'adempienza si terrà conto dei seguenti elementi valutativi.

AAF.1
Invio di una relazione al Comitato Percorso Nascita Nazionale, completa di dettagliato cronoprogramma sullo stato di attuazione delle seguenti linee di indirizzo contenute nell'Accordo del 16.12.10:

- misure di politica sanitaria e di accreditamento, con riferimento a:
  - chiusura dei punti nascita con <500parti/anno (indicare eventuali provvedimenti);
  - attivazione, completamento e messa a regime sistema STAM-STEN (indicare eventuali provvedimenti);
- integrazione territorio ospedale;
- implementazione delle linee guida relative alla gravidanza fisiologica ed al taglio cesareo elaborate da SNLG-ISS ed implementazione della raccomandazione per la prevenzione della mortalità materna elaborata dal Ministero della salute;

- procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto;
- formazione degli operatori.

AAF.2

Invio degli atti regionali inerenti le deroghe sulla chiusura dei punti nascita (< 500 p/anno) rispetto a quanto contenuto nell'Accordo del 16.12.2010 comprensivo delle motivazioni e delle procedure attuate a tutela della qualità e della sicurezza della paziente e del nascituro.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Programmazione Sanitaria

Ufficio X DG Prevenzione.

aag) Emergenza-urgenza

- il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 prevede che "..il sistema dell'Emergenza sanitaria è formato da una fase di allarme assicurata dalla Centrale Operativa alla quale affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico "118" e da due fasi di risposta, quella Territoriale costituita da idonei mezzi di soccorso distribuiti sul territorio, e quella Ospedaliera costituita dalla rete degli ospedali sede di P.S. e di DEA di I e II livello";

- Schema di Piano sanitario Nazionale 2011-2013: "La normativa vigente individua come riferimento della Centrale operativa 118 un bacino di utenza almeno provinciale, ma si può prevedere un territorio di competenza sovra provinciale, come già realizzato in alcune Regioni, o regionale, laddove la popolazione residente non raggiunga il milione di abitanti, ad eccezione delle aree metropolitane. I modelli individuati a livello regionale per il coordinamento delle attività in emergenza-urgenza devono tendere a privilegiare modelli organizzativi aperti che perseguano l'integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali in una logica a rete sotto tutti gli aspetti. In particolare risulta fondamentale il raccordo tra il Sistema dell'emergenza-urgenza ed il Servizio di continuità assistenziale per fornire una risposta appropriata alla richiesta di assistenza ritenuta "urgente" o nell'ambito del Pronto soccorso ospedaliero o del servizio territoriale, in relazione alla complessità clinica del caso. Per il raggiungimento di questo obiettivo si può valutare l'opportunità di istituire un nuovo livello di assistenza, a cavaliere tra l'Assistenza distrettuale e l'Assistenza ospedaliera, denominato "Assistenza sanitaria urgente";

- Schema di Piano sanitario Nazionale 2011-2013: "Devono essere favoriti e implementati i rapporti con le altre istituzioni che a diverso titolo sono coinvolte nella gestione delle emergenze anche alla luce dell'imminente istituzione del Numero unico di emergenza 112 previsto dalla Comunità Europea, anche mediante incontri e procedure condivise.

Sul versante ospedaliero è necessario: promuovere la diffusione della metodologia del triage ospedaliero, individuando un modello da adottare a livello nazionale e individuando sistemi di informazione all'utenza sui tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde); allestire percorsi alternativi al P. S. con l'eventuale istituzione di ambulatori gestiti da medici di medicina generale che garantiscono una risposta sanitaria a problematiche non di emergenza-urgenza possibilmente 24ore/24, con la possibilità di usufruire in tempo reale delle consulenze specialistiche; attivare l'Osservazione Breve (OB) da contenere di norma entro le 24 ore dalla presa in carico, quale strumento ritenuto indispensabile per ridurre ricoveri e dimissioni improprie. Al fine di garantire la continuità dell'assistenza in emergenza di fondamentale importanza è la realizzazione o il completamento della rete delle patologie acute ad alta complessità assistenziale, Sindrome Coronarica Acuta, Ictus, Trauma, Urgenze Pediatriche ed

Ostetrico-Ginecologiche. Non da trascurare, infine, è la domanda in emergenza urgenza pediatrica che, presentando caratteristiche cliniche ed epidemiologiche peculiari, necessita di risposte specifiche e adeguate";

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza in emergenza urgenza (DM 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza").

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

AAG.1 – Relazione rete emergenza-urgenza.
Ai fini dell'adempienza per l'anno 2012 si valutano le azioni poste in essere dalla Regione sulla tematica in base alla relazione trasmessa.

AAG.2 - Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza in emergenza-urgenza NSIS-EMUR.
La valutazione tiene conto dei dati relativi all'emergenza-urgenza presenti nel NSIS in termini di disponibilità e completezza relativamente all'anno 2012.
L'adempienza della Regione sarà valutata tenendo conto del valore complessivo attribuito ai singoli elementi con i seguenti pesi:

- disponibilità del dato (tracciati non acquisiti: 0 , tracciati acquisiti: 1)
- completezza territoriale

  <75% 0
  >=75% and <95% 1
  >=95% 2

  Coerenza con SIS:

  118: n.d.

  P.S.: Numero di accessi da HSP 24 (Quadro H/H1)

- qualità

  N. Record validi/N. Record inviati (%) rispetto a dimensioni specifiche:

  118: anagrafica strutture, prestazioni 118, data partenza verso, data arrivo luogo

  P.S.: anagrafica strutture, Regione di residenza, ASL di residenza, diagnosi principale

  <65% 0
  >=65% and <85% 1
  >=85% 2

Punteggio complessivo: se < 2 Inadempiente; se ≥ 2 Adempiente.

AAG.3 - Analisi e valutazione dell'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso".
Ai fini dell'adempienza si terrà conto dell'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso".

Uffici istruttori

Ufficio V DG Programmazione Sanitaria
Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

aah) Cure primarie

- il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 prevede " ..il graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni la settimana";

- Schema di Piano sanitario Nazionale 2011-2013 "La programmazione regionale definisce i modelli organizzativi delle cure primarie più rispondenti ai bisogni del proprio territorio e attiva, ove necessario, modelli sperimentali per i PLS, ai fini di adeguare il servizio ai nuovi bisogni […] I principali strumenti di gestione delle cure primarie sono:

- *forme organizzative, tra le quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (ACN 2009 e ACN 2010), che comprendono al proprio interno le medicine di gruppo;*
- *Sistema di monitoraggio;*
- *processi d'integrazione sia a livello di coordinamento (percorsi diagnostico-terapeutici, integrazione tra ospedale e territorio, integrazione socio-sanitaria) sia a livello informatico/informativo (ACN 2009 e ACN 2010);*
- *Formazione continua.*

- DL 13 settembre 2012 n. 158 conv. nella Legge 8 novembre 2012, n. 189 - CAPO I - Norme per la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria, art.1 , comma 1. Le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le Regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le Regioni, avvalendosi di idonei sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche.

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

Ai fini dell'adempienza per l'anno 2012 si valuteranno le azioni poste in essere dalla Regione sulla tematica in base alla relazione trasmessa.

Uffici istruttori

Ufficio V DG Programmazione Sanitaria.

aai) Riabilitazione

- costituire un sistema di interrelazioni tra servizi e operatori volto a rispondere in maniera coordinata e continuativa alle molteplicità dei bisogni espressi dalle persone disabili e che prevede la possibilità di procedere ad una rielaborazione delle linee guida ministeriali per le attività di riabilitazione approvate con l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni del 7 maggio 1998 (PSN 2006-2008);

- Accordo Stato-Regioni 10 febbraio 2011 concernente "Piano d'indirizzo per la riabilitazione";

-vanno promosse a livello nazionale iniziative adeguate di osservazione e monitoraggio delle fasi di implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione da parte delle amministrazioni regionali (articolo 2 dell'Accordo Stato-Regioni del 10 Febbraio 2011 – Piano di Indirizzo per la Riabilitazione).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011.

AAI.1 – Relazione sul Piano di indirizzo per la Riabilitazione
Sono oggetto di analisi le azioni poste in essere dalla Regione descritte nella Relazione trasmessa, redatta secondo le modalità descritte nelle Note di compilazione.

La Regione viene considerata adempiente se dimostra:

a) di avere realizzato iniziative di comunicazione e condivisione verso le Aziende;

b) di avere aggiornato le procedure operative e organizzative dei reparti di riabilitazione e di avere adottato strumenti di monitoraggio delle nuove procedure;

c) di aver messo in atto azioni per l'utilizzo del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) in ogni procedura ed attività di riabilitazione;

d) di avere implementato il Progetto Riabilitativo di Struttura nelle strutture e nei servizi di riabilitazione operanti nella Regione;

e) che i reparti di riabilitazione ospedaliera hanno adottato procedure per assicurare il collegamento funzionale con i servizi socio-assistenziali territoriali, che garantiscano:
   - continuità e coordinazione tra le diverse tipologie di intervento,
   - appropriatezza degli interventi rispetto ai diversi bisogni e potenzialità delle persone disabili,
   - verificabilità dei risultati raggiunti.

AAI.2 – Indicatori di appropriatezza

Sono oggetto di osservazione i valori assunti dalla Regione per gli anni 2010, 2011 e 2012, per i seguenti indicatori di appropriatezza (Tavolo tecnico per la definizione dei parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri post acuti):

- Indicatore "percentuale di inappropriatezza clinica": è calcolato distintamente per i ricoveri in riabilitazione preceduti da evento acuto e per i ricoveri di riabilitazione non preceduti da eventi acuti
  - per i ricoveri preceduti da evento acuto si applica il criterio della correlazione clinica (la coerenza tra evento di riabilitazione e tipologia di evento acuto precedente è basata su codici delle diagnosi e/o codici di procedura ammissibili) ed il criterio della distanza temporale (adeguata distanza in giorni tra la dimissione dall'evento acuto e l'ammissione in riabilitazione);
  - per i ricoveri non preceduti da evento acuto si applica il criterio della tipologia della casistica (in termini di coerenza della procedura di riabilitazione per codici delle diagnosi ICD9-CM);
- Indicatore "percentuale di inappropriatezza organizzativa": è basato sul criterio dell'intervallo temporale (sono individuate per ciascuna prestazione di riabilitazione durate di degenza al di sotto del limite minimo considerato come appropriato)
- Indicatore "percentuale di inappropriatezza/inefficienza": è basato sul criterio dell'intervallo temporale (sono individuate per ciascun ricovero di riabilitazione le giornate di degenza superiori ad un limite massimo identificato come appropriato).

Gli indicatori sono elaborati a partire dalla classificazione delle prestazioni nelle 4 tipologie: ortopedica, neurologica, cardiologica e pneumologica.
La scelta dei codici ha previsto un criterio di tolleranza e quindi l'esclusione di casistica qualora si identifichino pazienti ad elevata complessità.
I dati sono elaborati dal Ministero della salute con fonte SDO.

Uffici istruttori

Ufficio II DG Programmazione Sanitaria

Ufficio X DG Programmazione Sanitaria.

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

- monitoraggio dell'erogazione dei programmi e delle attività previste come livello essenziale di assistenza (LEA) derivanti da normativa comunitaria e nazionale. Base informativa per la riprogrammazione nazionale e regionale e strumenti di monitoraggio dello stato di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli Ufficiali (PNI) e correlati Piani Regionali Integrati (Regolamento CE 178/2002 che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare; Regolamento CE 882/2004 relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2011

La Regione viene considerata adempiente se ha raggiunto la sufficienza in almeno 4 dei 5 punti di seguito riportati.

AAJ.1.1 - INDICATORI DI PERFORMANCE - Strumento di valutazione "Indicatori di performance" (vedi Allegato 7): raggiungimento di un punteggio ≥ 35 punti su 45 per un pool di indicatori relativi alla "Prevenzione veterinaria e alimentare".

AAJ.1.2 - FLUSSI INFORMATIVI - Strumento di valutazione "Obblighi informativi veterinari" (vedi Allegato 8): raggiungimento di un punteggio ≥ 60% rispetto al massimo raggiungibile, con il conseguimento del punteggio massimo in almeno 4 flussi vincolanti su 6.

AAJ.1.3 - DEFINIZIONE DEL SISTEMA REGIONALE DI AUDIT ai sensi dell'art. 4 (6) del Reg. 882/2004, mediante idonee disposizioni formalizzate (es. Delibera di Giunta, ecc.) ed evidenza di attività correlate a tale disposizione (ad es. formazione/ procedure/ modulistica/ riunioni di coordinamento). Sono valutati positivamente anche documenti adottati in tempi precedenti.

AAJ.1.4 - ATTUAZIONE PROGRAMMA DI AUDIT ai sensi dell'art. 4 (6) del Reg. 882/2004: copertura territoriale pari o superiore al 20% delle ASL, e copertura del 20% dei sistemi di controllo di cui al "Country profile Italia" della Commissione Europea (ad esclusione di importazioni e salute delle piante).

AAJ.1.5 - VERIFICA DELL'EFFICACIA DEI CONTROLLI UFFICIALI - Formalizzazione delle disposizioni finalizzate alla verifica dell'efficacia ai sensi dell'art. 8 (3) del Reg. 882/2004 ed evidenza di attività correlate a tale disposizione (ad es. procedure/ modulistica/ riunioni di coordinamento/supervisione). Sono valutati positivamente anche documenti adottati in tempi precedenti.

Uffici istruttori

DG della Sanità Animale e dei Farmaci veterinari
DG per l'Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

- recepimento delle Linee Guida nazionali per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini di cui all'Intesa Stato-Regioni del 4 aprile 2012.

Criteri di valutazione

Per l'adempienza si valuterà l'invio di documentazione che attesti l'adozione di specifici provvedimenti di recepimento delle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 4 aprile 2012.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

- Art. 10, comma 2 della Legge 189/2012: "Al fine di garantire su tutto il territorio nazionale il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono tenute ad assicurare l'immediata disponibilità agli assistiti dei medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale erogati attraverso gli ospedali e le aziende sanitarie locali che, a giudizio della Commissione consultiva tecnico-scientifica dell'Agenzia Italiana del Farmaco, di

seguito AIFA, possiedono, alla luce dei criteri predefiniti dalla medesima Commissione, il requisito della innovatività terapeutica, come definito dall'articolo 1, comma 1, dell'accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 18 novembre 2010, n.197/CSR".

- Art. 10, comma 5 della Legge 189/2012: "Le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono tenute ad aggiornare, con periodicità almeno semestrale, i prontuari terapeutici ospedalieri e ogni altro strumento analogo regionale, elaborato allo scopo di razionalizzare l'impiego dei farmaci da parte di strutture pubbliche, di consolidare prassi assistenziali e di guidare i clinici in percorsi diagnostici-terapeutici specifici, nonché a trasmetterne copia all'AIFA".

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio della distribuzione diretta dei medicinali (DM 31 luglio 2007 e s.m.i "Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto").

- DM 6 agosto 2012 "modifiche al decreto 31 luglio 2007 recante "Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto come modificato dal decreto 13 novembre 2008".

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dei consumi ospedalieri di medicinali (DM 4 febbraio 2009 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero").

<u>Criteri di valutazione</u>

AAL.1 - Qualità dell'assistenza farmaceutica

La valutazione tiene conto dell'analisi combinata di una serie di elementi relativi a:

- Allocazione delle risorse per l'assistenza farmaceutica regionale. La valutazione di questo elemento tiene conto sia dei risultati conseguiti dalla Regione sul versante del contenimento delle dinamiche della spesa farmaceutica complessiva 2012, rispetto al finanziamento programmato, sia dell'andamento tendenziale rispetto agli anni precedenti.
- Misure di governo dell'assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera. La valutazione di questo elemento risulta dal monitoraggio dei provvedimenti di regolamentazione dell'assistenza farmaceutica.
- Garanzia dell'accesso ai medicinali innovativi. La valutazione di questo elemento risulta dall'efficienza con la quale la Regione garantisce l'accesso ai medicinali innovativi.
- Prontuari Terapeutici Ospedalieri (PTO). La valutazione di questo elemento tiene conto dell'analisi del PTO della singola Regione, anche in confronto con altre Regioni. L'allegato "Prontuario Terapeutico Ospedaliero", solo quando la Regione abbia un PTO regionale, deve essere compilato e trasmesso esclusivamente nel formato Excel allegato al Questionario (vedi Allegato 4).

AAL.2 – Distribuzione diretta dei farmaci

La valutazione tiene conto dei dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci presenti nel NSIS relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012.

La Regione risulta adempiente se:

- le trasmissioni dei dati sono riferite a tutti i mesi del periodo gennaio-dicembre;
- le trasmissioni dei dati sono riferite a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto;

- il costo d'acquisto sostenuto per medicinali autorizzati al commercio in Italia – Classe A corrisponde a quanto riportato nella "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica" nella relativa riga di dettaglio.

AAL.3 – Consumi ospedalieri dei medicinali
La valutazione tiene conto dei dati relativi ai consumi ospedalieri dei medicinali presenti nel NSIS relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012.

La Regione risulta adempiente se:

- le trasmissioni dei dati sono riferite a tutti i mesi del periodo gennaio-dicembre;
- le trasmissioni dei dati sono riferite a tutte le aziende sanitarie.

Uffici istruttori

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
Ufficio IV DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

Esito delle valutazioni – riepilogo nazionale

2012	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
c) Obblighi informativi	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
	SI con impegno	SI con impegno	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	NO	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI con impegno	SI
e) Mantenimento erogazione dei LEA	Si rinvia al PDR	SI	Si rinvia al PDR	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	Si rinvia al PDR	SI	Si rinvia al PDR	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI
f) Assistenza ospedaliera	SI	SI	SI	Si rinvia al PDR	SI con impegno	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	SI con impegno	SI	SI con impegno	Si rinvia al PDR	SI	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	Si rinvia al PDR	SI	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	SI
g) Appropriatezza	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
h) Liste d'attesa	NO	SI con impegno	SI con impegno	NO	SI	NO	SI con impegno	SI	SI con impegno	NO	NO	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI
l) Controllo spesa farmaceutica	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta
m) Conferimento dati al SIS	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
n) Contabilità analitica	Si rinvia al PDR	SI con impegno	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	SI	SI
o) Confermabilità D.G.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
p) Dispositivi medici	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
s) Assistenza domic. e residenziale	NO	SI	Si rinvia al PDR	SI	SI con impegno	NO	SI	SI	SI	NO	SI con impegno	SI con impegno	SI con impegno	SI con impegno	SI con impegno	SI
	SI	SI con impegno	NO	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI
t) Tariffe ospedaliere	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
u) Prevenzione	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI

2012	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
v) Piano nazionale agg. personale	SI	SI	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
x) Impl. percorsi diagnostico terapeutici	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
y) LEA aggiuntivi	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Si rinvia al PDR (*)	NO	NO	SI	SI	SI
ac) Edilizia sanitaria	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ah) Accreditamento istituzionale	NO	SI	SI con impegno	NO	SI con impegno	NO	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI con impegno	NO	SI	SI con impegno	SI
aj) Sperimentazioni gestionali	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ak) Riorganizzazione della rete delle str. pubbliche e private eroganti prestaz. specialistiche e di diagnostica di laboratorio	SI	SI con impegno	Si rinvia al PDR	SI	SI	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	SI	SI	SI
am) Controllo cartelle cliniche	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI con impegno	NO	SI	NO	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI
an) Assistenza protesica	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ao) cure palliative	SI con impegno	SI	SI	SI con impegno	SI	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI
	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	SI	SI	SI	Si rinvia al PDR	SI	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI
ap) Sanità penitenziaria	SI	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI con impegno	SI	SI	SI con impegno	SI
as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI
at) Attuazione dell'Art. 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari	Valutaz. congiunta	Valutazione Tavolo Adempim.	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutazione Tavolo Adempim.	Valutaz. congiunta	Valutazione Tavolo Adempim.	Valutazione Tavolo Adempim.	Valutazione Tavolo Adempim.	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutazione Tavolo Adempim.	Valutazione Tavolo Adempim.	Valutazione Tavolo Adempim.
au) Sistema CUP	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

(*) Alla luce di quanto emerso in corso della riunione di verifica del Piano di rientro del 17 aprile 2014, la Regione Piemonte viene considerata ADEMPIENTE CON IMPEGNO.

2012	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
aab) Verifica dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM	SI	SI con impegno	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	SI	SI con impegno	SI
aac) Verifica dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI
aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE	SI con impegno	SI con impegno	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aae) Attività trasfusionale	SI con impegno	SI	SI con impegno	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aaf) Percorso nascita	SI con impegno	SI con prescrizione	SI con impegno	NO	SI con impegno	NO	SI con impegno	SI con impegno	SI con impegno	NO	SI con impegno	SI con impegno	NO	SI con impegno	SI con prescrizione	SI
aag) Emergenza-urgenza	SI	SI	Si rinvia al PDR	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	NO	SI	SI con impegno	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI
	SI	SI	NO	NO	SI	SI con impegno	SI	SI	SI con impegno	NO	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI
	NO	SI con impegno	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aah) Cure primarie	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aai) Riabilitazione	SI con impegno	SI con impegno	SI con impegno	NO	SI	NO	SI	SI	SI con impegno	NO	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	SI
aaj) Prev. in sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aak) Linee guida per la dematerializzazione	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica	SI	SI	SI	Si rimanda al punto l)	SI	Si rimanda al punto l)	SI	SI	Si rimanda al punto l)	SI	SI	Si rimanda al punto l)	Si rimanda al punto l)	SI	SI	SI
	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Esito delle valutazioni – dettaglio regionale

Abruzzo

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE
La Regione ha inviato tutti i modelli previsti dall'adempimento in oggetto.
Relativamente alle verifiche di corretto consolidamento all'interno dei singoli modelli, si è preso atto che lo Stato Patrimoniale 2012 della GSA è stato costruito esclusivamente sulla base delle movimentazioni interne registrate nel corso dell'anno, pertanto non recepisce simmetricamente quanto riportato negli Stati Patrimoniali delle singole aziende. In fase di consolidamento, si è preso a riferimento per i valori del 999 quanto derivante dalla contabilità della GSA. Le differenze di consolidamento evidenziate verranno superate con la riadozione dei bilanci di esercizio 2012 da parte degli enti del SSR, riadozione, che, come comunicato nel corso dell'ultimo Tavolo di verifica, recepirà tutte le modifiche condivise in sede di Tavolo (ammortamenti, coperture ecc).
Le incoerenze invece tra il modello CE e LA in termini di mobilità intraregionale si intendono superate.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Nella verifica relativa all'anno 2011 la Regione Abruzzo era risultata adempiente con impegno a risolvere le criticità evidenziate sui flussi informativi STS.24 (assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale) e STS.21 (assistenza specialistica territoriale). Inoltre si raccomandava la Regione Abruzzo di migliorare i processi di verifica della copertura e della qualità del flusso informativo Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP), al fine di superare le criticità evidenziate.
Per l'anno 2012 la copertura dei dati risulta buona.
La qualità dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sul flusso informativo SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera e compilazione dei nuovi campi della SDO (D.M. 135 del 8.07.2010).
La Regione ha effettuato in data 24 gennaio 2014 variazioni ai dati del flusso informativo STS.24 per l'anno 2012, che hanno dato luogo alla rideterminazione degli indicatori regionali della Griglia LEA – assistenza distrettuale, riferiti ai posti letto accreditati per l'assistenza agli anziani (indicatore 9.1) e ai posti letto equivalenti per l'assistenza anziani (indicatore 9.2).
Tenuto conto dei termini per l'invio dei dati del flusso informativo STS.24 dell'anno 2012 (31 gennaio 2013) e per la loro validazione (28 febbraio 2013), si evidenzia la tardiva comunicazione da parte della Regione dei dati corretti al NSIS.
La Regione viene considerata adempiente con impegno a migliorare la qualità della rilevazione SDO e dei nuovi campi della SDO (D.M. 135 del 8.07.2010), nonché la tempestività e qualità dei dati rilevati attraverso il flusso informativo STS.24 (assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale).

e) Erogazione LEA

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PIANO DI RIENTRO
La Regione con un punteggio pari a 145 (range -25 - 225) si colloca in una situazione “adempiente con impegno”. Considerando che la Regione è sottoposta al Piano di Rientro si rinvia agli obiettivi stabiliti dal Piano stesso, in particolare, relativamente all'assistenza residenziale per anziani, all'assistenza per i malati terminali e all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera. Persistono inoltre delle criticità per il livello "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", in particolar modo per la vaccinazione antinfluenzale per anziani, prevenzione veterinaria e screening.

f) Assistenza ospedaliera

F.1
ADEMPIENTE
In sede di prima valutazione non era stato possibile completare l’istruttoria per carenze informative nella Base Dati nazionale.
Successivamente la Regione ha comunicato di aver provveduto a sanare tale criticità; infatti, dalla Base Dati risulta che, a gennaio 2013, la Regione Abruzzo ha una dotazione di 4.826 posti letto, pari a 3,68 per 1.000 abitanti, di cui 3,12 per pazienti acuti (4.097 posti letto) e 0,56 per riabilitazione e lungodegenza (729 posti letto). Si segnala che la Regione deve validare i flussi informativi HSP.12 e HSP.13 nella base dati 2012 e 2013.
I dati riportati appaiono in linea con gli standard di riferimento.

F.2
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Base Dati nazionale permette di rilevare, nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 176,2 nel 2010, di 170,22 nel 2011 e di 164,91 nel 2012.
La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, con un differenziale di 3,6 nel 2010 (28.6%), 3,3 (28.3%) nel 2011 e 3,0 nel 2012 (28.0%).
La Regione ha trasmesso il DCA 50/2011, il DCA 63/2011 e il DCA 8/2012 relativi al Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate e il DCA 49/2012 relativo alla rideterminazione delle dotazioni organiche delle aziende sanitarie.
Tali provvedimenti sono, in maggioranza, preesistenti alla L. 135/2012 e, anche nel caso del DCA 49/2012, non recano evidenze delle azioni regionali volte al completo raggiungimento del nuovo standard di ospedalizzazione 160 per 1000 abitanti.
Considerato il progressivo miglioramento dell’utilizzo delle strutture ospedaliere e che l’attuale tasso è inferiore al valore di 170 per 1000 abitanti previsto dalla griglia LEA, la Regione è considerata adempiente con impegno ad adottare provvedimenti volti al raggiungimento dello standard di 160 per mille abitanti previsto dalla L. 135/12.

g) Appropriatezza

Nella verifica 2011 la Regione era risultata inadempiente con rinvio al Piano di rientro, con richiesta di specificare regole e procedure per assicurare il trasferimento in regime ambulatoriale di tutte le prestazioni di cui all’allegato A del Patto per la salute.
Per l’anno 2012 la Regione si colloca in una situazione critica per i DRG 73 "Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni" e 340 "Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni", quindi con una percentuale di DRG in area critica inferiore al 2%; tuttavia il 14 % dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza.

Si rimane in attesa di informazioni/provvedimenti che consentano di superare l'inadempienza dell'anno 2011.

h) Liste d'attesa

INADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

La Regione svolge attività di monitoraggio ex post. Dai dati pervenuti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) si segnala che i campi seguenti non risultano adeguatamente coperti sia per il I che per il II semestre 2012. Infatti:

- Campo Garanzia tempi di attesa → 31,05% (I semestre) - 28,96% (II semestre)
- Campo Struttura sanitaria erogatrice →8,48% (I semestre) - 8,44% (II semestre)

In relazione al calcolo dell'indicatore dei Tempi di Attesa, previsto solo per le Regioni per le quali risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo, si specifica che, pur avendo provveduto alla valorizzazione, la qualità del dato non consente la misura dell'indicatore stesso.

H.2 Monitoraggio ex ante

Dai calcoli emerge che per le rilevazioni 2012 i livelli di garanzia per le classi B e D sono le seguenti:

- aprile 2012
  - classe B 94,23%
  - classe D 96,67%.
- ottobre 2012
  - classe B 93,81%
  - classe D 96,67%.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Dai dati in possesso del Ministero della salute risulta quanto segue.

- Campo Data Prenotazione
  - Regime ordinario campi compilati correttamente: 78,86%.
  - Regime DH campi compilati correttamente: 70,20%
- Campo Classe di priorità
  - Regime ordinario campi compilati correttamente: 75,15%
  - Regime DH campi compilati correttamente: 70,16%

Si ricorda che è ancora vigente il PNGLA 2010- 2012 e che la trasmissione dei dati segue le apposite Linee guida che riportano: " Il monitoraggio avverrà a partire dai dimessi dell'ultimo trimestre 2010 e consisterà nel verificare la presenza di data di prenotazione e classi di priorità. In particolare la completezza di trasmissione dei campi data di prenotazione e classe di priorità deve essere pari al 50% nell'ultimo trimestre 2010; al 70% nel 2011 e al 90% nel 2012".

H.4 Monitoraggio delle sospensioni

La Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni; inizialmente nulla riferisce circa gli interventi messi in atto per regolare i casi di sospensione e sopperire ai disagi, ma successivamente trasmette informazioni a riguardo.

H.5 Monitoraggio PDT complessi

Dall'esame dei dati relativi al monitoraggio dei PDT complessi così come previsto dalle Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi, giugno 2011, il monitoraggio

risulta effettuato per l'area oncologica, non per l'area cardiovascolare. La Regione ha tuttavia fornito chiarimenti in merito, che permettono di superare la criticità rilevata.

Dalle quanto sopra esposto risulta che la Regione è inadempiente; si rimane in attesa di documentazione relativa ai punti H.1 e H.3.

I) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

La Regione Abruzzo ha evidenziato nel 2012 una spesa farmaceutica territoriale di 306,8 milioni di Euro, corrispondente ad un avanzo del tetto del 13,1% del Fabbisogno sanitario regionale del –0,36% (-8,6 milioni di Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2012 risulta superiore rispetto a quella inizialmente prevista dall'AIFA ai sensi dell'art.5, comma 4, della L. 222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 114,2 milioni di Euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno sanitario regionale del 2,34% (56,4 milioni di Euro).

La Regione evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 47,8 milioni di Euro.

La Regione, pur rispettando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, evidenzia il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.

Pertanto, per il parere finale si rimanda alla valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato LEA, al fine di verificare la compensazione dei disavanzi della spesa farmaceutica con altre voci di spesa del Servizio sanitario regionale, o di altre voci del bilancio regionale.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: ABRUZZO			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	230.401.548,57	9,57%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	3.516.156,00	0,15%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	7.831.124,00	0,33%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	131.993,00	0,01%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	58.189.869,00	2,42%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	29.702.363,00	1,23%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	9.863.227,00	0,41%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	19.839.136,00	0,82%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**306.814.507,57**	**12,74%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	2.407.933.327,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	315.439.265,84	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-8.624.758,27	-0,36%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	296.372.041,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	175.355.000,00	7,28%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	1.855.474,00	0,08%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	193.395,00	0,0080%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	871.320,00	0,04%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**114.244.942,00**	**4,74%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	2.407.933.327,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	57.790.399,85	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	56.454.542,15	2,34%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE

Relativamente ai Processi di verifica e validazione dei dati e di governo sui sistemi informativi, la Regione dichiara che la trasmissione delle informazioni è centralizzata a livello regionale per tutti i flussi ad eccezione dei Rendiconti economici e dei Modelli Gestionali NSIS. Relativamente alla validazione delle informazioni, la Regione dichiara che non esistono procedure sistematiche e automatiche di validazione, ma procedure empiriche per ogni flusso che sono funzionali alle scadenze temporali.

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR
Nonostante la scheda "Verifica e monitoraggio dello stato d'implementazione Co.An." trasmessa dalla Regione attesti l'adempienza del punto in oggetto, la stessa appare in contrasto con quanto precisato nella nota di accompagnamento. Per l'obiettivo A1, per esempio, mentre nella griglia la Regione dichiara di aver raggiunto al 100% l'obiettivo di coerenza del Piano dei Centri di Costo con la struttura organizzativa, dalla nota di accompagnamento risulta che per la ASL di Teramo sono presenti pochi Centri Di Responsabilità (CDR), ai quali non corrisponde una struttura organizzativa. Anche in relazione agli altri obiettivi la Regione dichiara che sono in atto azioni da intraprendere per l'attuazione delle procedure di implementazione della contabilità analitica.
Pertanto, si ritiene la Regione inadempiente. Tale punto sarà rivisto alla luce di un'attestazione da parte della Regione che sia conforme a quanto già dichiarato relativamente alle azioni intraprese a livello aziendale, per il pieno raggiungimento dell'obiettivo in oggetto.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione, sulla base della Delibera della Giunta Regionale 1205 del 13 dicembre 2007, ha rispettato l'adempimento in oggetto.

p) Dispositivi medici

P.1
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

P.2-P.3
La Regione ha partecipato soltanto ad una delle sei riunioni del Gruppo di Lavoro Nazionale costituito ai fini dell'implementazione del corretto avvio dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici; ha condiviso le "Linee Guida per il tracciato Unità di misura" e le "Linee Guida per il tracciato Contratti". La Regione ha curato sufficientemente la diffusione delle informazioni agli operatori delle strutture sanitarie del territorio di competenza.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2
INADEMPIENTE
Il punteggio totale riportato dalla Regione è di **12 punti**, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale del disabile: 1 punto
Offerta assistenziale: 8 punti
Ripartizione degli oneri: 0 (non raggiunge il minimo richiesto nei trattamenti necessari)
Fornitura dati posti letto: 3 punti.

La Regione ha raggiunto il punteggio minimo necessario per una valutazione positiva, con impegno ad adeguare la normativa sulla compartecipazione del Comune/assistito per le prestazioni di assistenza sociosanitaria alla normativa nazionale.
Tuttavia, in attesa della risoluzione delle criticità presenti nel 2011, non superate dall'invio di documentazione integrativa relativa alle Linee guida regionali sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e dell'unità di valutazione multidimensionale e agli indicatori della griglia Lea sull'offerta di posti letto per anziani non autosufficienti nella ASL di Chianciano Vasto Chieti, la Regione viene considerata inadempiente.

S.3
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato e per la completezza territoriale. Relativamente alla qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS si evidenzia una criticità nella compilazione della ASL di residenza.

S.4
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che sono stati adottati provvedimenti che modificano l'adempimento previsto dall'articolo 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, prevedendo l'abbattimento del 40% per le tariffe relative alla lungodegenza oltre il valore soglia di 60 giorni (D.C.A. n. 13 del 20 febbraio 2013 allegato A-2).

u) Piano nazionale della prevenzione

INADEMPIENTE
Nella verifica 2011, in relazione alla Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro, la Regione era stata ritenuta adempiente con impegno a raggiungere il numero di controlli previsto dalle norme.
A tale proposito, la Regione ha trasmesso documentazione integrativa, nella quale vengono indicati diversi interventi, da realizzare in modo progressivo nell'ambito del piano operativo 2013-2015, finalizzati al superamento della criticità legata al mancato raggiungimento del valore soglia di almeno il 5% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi in un anno rispetto al totale. Gli interventi adottati nel 2012 hanno determinato un debole miglioramento (4,6%) rispetto all'anno precedente (4,4%), comunque inferiore al valore soglia. Non può pertanto ritenersi superato il suddetto impegno.

Per l'anno 2012, il valore dell'adempimento risulta pari a 50, inferiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.
In particolare:
- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: ADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: INADEMPIENTE

- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza: INADEMPIENTE
- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: INADEMPIENTE

La Regione Abruzzo, relativamente alla valutazione negativa dell'indicatore U.3, trasmette una nota con l'atto di adozione di Linee-guida sugli screening; si rappresenta che in realtà il suddetto indicatore riguarda la quantificazione della proporzione di cancri in stadio avanzato (II+) rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella ai round successivi a quello iniziale (anche detto "di prevalenza"). Pertanto la documentazione inviata, riguardando appunto l'adozione di Linee-guida per i programmi di screening, peraltro a decorrere dal 1 gennaio 2014, non è pertinente all'indicatore U.3.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE

Dalla documentazione pervenuta risulta che la Regione ha adottato vari provvedimenti necessari per realizzare il sistema di formazione continua regionale.

Per quanto riguarda l'accreditamento dei provider regionali, la regione Abruzzo con decreto del Commissario ad acta n.71 del 7 ottobre 2013 ha approvato il manuale di accreditamento dei provider regionali che, come stabilito dall'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012, dovrà essere inviato alla Sezione I della Commissione Nazionale per la Formazione Continua per la successiva approvazione.

Considerata l'adozione di tale documento, necessaria ai fini del completamento del processo di riordino del Sistema di Formazione Continua già avviato dalla Regione, la stessa si considera adempiente.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE

X.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Linee guida cliniche attraverso PDT

La Regione svolge da tempo il monitoraggio di PDT adottati con i seguenti atti:

- Anno 2010: Delibera commissariale n.32/10 del 3 Giugno 2010 "Disciplina delle prestazioni di cataratta e liberazione del tunnel carpale in regime ambulatoriale. Revoca della Deliberazione del Commissario ad acta n 72/09 del 21/10/2009"; Delibera di Giunta Regionale (DGR) 1051 del 29 dicembre 2010 "Approvazione linee di indirizzo regionale sulla interruzione volontaria (IVG) con mifepristone e prostaglandine (RU – 486)".
- Anno 2011: Delibera di Giunta Regionale n.575 del 11/08/2011 inerente il PNGLA.
- Anno 2012: Decreto del Commissario ad Acta n. 38 del 8 agosto 2012: "Linee di indirizzo regionali per la promozione, il miglioramento degli interventi assistenziali nel percorso nascita: Agenda della Gravidanza, Linee guida sulla gravidanza a basso rischio, Cartella Ostetrica Ambulatoriale Regionale".

X.1.2 Monitoraggio dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso PDT

La Regione riporta l'elenco delle strutture oggetto di alcuni monitoraggi e i dati relativi agli stessi.

X.1.3 Esistenza a livello regionale di una funzione per la raccolta e l'analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.
La Regione specifica che a seconda del monitoraggio svolto sono i competenti uffici regionali o l'ASR a gestire l'analisi delle informazioni raccolte.

y) LEA aggiuntivi

INADEMPIENTE
La Regione dichiara di sostenere la quota di spettanza dei Comuni per prestazioni di natura socio-assistenziale. Specifica, inoltre, che non ha ancora introdotto per l'assistenza riabilitativa ex art. 26 L. 833/78 la quota di compartecipazione a carico dell'ospite/Comune.

Quanto dichiarato nel Questionario non coincide con quanto indicato nel modello LA- allegato 5 relativo all'anno 2012 dal quale risulta, invece, che la Regione garantisce numerose prestazioni (certificazioni, medicina fisica, FKT, farmaci classe C, prodotti aproteici, rimborsi viaggi e soggiorni cure, ecc.). In data 12 settembre 2013 la Regione trasmette una nota di chiarimenti nella quale specifica che l'incongruenza rilevata tra Questionario e modello LA è dovuta ad una erronea compilazione del modello stesso da parte delle Asl e conferma, dunque, quanto indicato nel Questionario.

Successivamente, in data 16 gennaio 2014, la Regione trasmette nuovamente la predetta nota e specifica che, in ordine alla previsione della quota di compartecipazione Comune/assistito introdotta per alcune tipologie assistenziali, si è provveduto, con Decreto commissariale n. 112 del 30 dicembre 2013, ad integrare il Programma Operativo 2013-2015 mediante l'espressa previsione "dell'introduzione e/o rimodulazione delle quote di compartecipazione del cittadino o del Comune di residenza con percentuali variabili rispetto alle tariffe individuate per tipologia di struttura, in linea con quanto previsto dal D.P.C.M. 29.11.2001 entro il 31 maggio 2014".

Si prende atto dei chiarimenti forniti; la Regione viene comunque ritenuta inadempiente.

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE
La Regione ha presentato la proposta di Accordo di programma, con il quale si utilizzano tutte le risorse ancora a disposizione, pari ad € 228.522.549,03, per la realizzazione di n. 7 interventi, in particolare la realizzazione di n. 5 Presidi Ospedalieri.
Dal documento risulta una percentuale pari al 34,19% della somma sopra indicata destinata all'acquisizione di attrezzature e tecnologie.
Il documento è stato trasmesso al Nucleo di valutazione degli investimenti in sanità il 4 marzo 2013; attualmente è all'attenzione del suddetto Nucleo.

ah) Accreditamento istituzionale

INADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso la nota prot. 14973 del 30 maggio 2013 con cui relaziona sullo stato dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie operanti nel territorio.
Dalla lettura dell'atto regionale si evince che non è ancora concluso l'iter per le strutture sanitarie pure, ovvero ospedalità privata e attività ambulatoriale, emergendo, in particolare, che per talune di queste le verifiche sono programmate per il mese di ottobre 2013. In tal senso, si ricorda che tale iter doveva essere concluso da tempo, così come previsto dalla L. 296/2006.

aj) Sperimentazioni gestionali

ADEMPIENTE
La Regione ha dichiarato di non avere programmi di sperimentazione gestionale attivi alla data del 31 dicembre 2012. Ha inoltre specificato che non è stata emanata nessuna Legge regionale o provvedimento in materia di sperimentazioni gestionali.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

ADEMPIENTE
La Regione ha indicato ed allegato la normativa sulla riorganizzazione della rete laboratorista pubblica e privata.
La Regione dichiara nel Questionario di non aver regolamentato/normato il service di laboratorio ma, con successiva nota (prot. RA/186516/DG18), specifica che il service di laboratorio viene "regolamentato" nei Decreti di riferimento dei processi di riorganizzazione; inoltre indica ed allega la DGR 509 del 15 luglio 2013 di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni 23 marzo 2011.
Con riferimento alla medicina di laboratorio, la Regione riporta in maniera dettagliata, per singola ASL, le informazioni richieste.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE
La Regione identifica, tramite le tabelle inviate, le seguenti prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza [Ricoveri ordinari > di 1 g. con DRG ad elevato rischio di inappropriatezza, DRG con complicanze, DRG anomali (467, 468, 476, 477), ricoveri ripetuti entro 30 gg. nella stessa MDC o comunque riconducibili allo stesso ricovero ad esclusione delle discipline di riabilitazione o lungodegenza, DRG medici in UU.OO. chirurgiche, Parti Cesarei (nelle strutture ove superano il 40% del totale dei parti)]. In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) la Regione sia per le strutture pubbliche che per le strutture private assicura una percentuale di controlli superiore alla soglia del 2,5% sulla totalità delle cartelle cliniche; delle cartelle controllate non sono state confermate l'1% circa delle cartelle cliniche per le strutture pubbliche e il 6% circa per le strutture private accreditate. In riferimento alla Tabella 1 (Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) emerge che sia per le strutture pubbliche che per quelle private è stata eseguita una percentuale di controlli analitici casuali superiori al 10%; delle cartelle controllate non sono state confermate il 4% circa delle cartelle cliniche per le strutture pubbliche e l'11% per le strutture private accreditate.
Riguardo le misure adottate, la Regione per le strutture pubbliche promuove il confronto costante con le UU.OO. per rivalutazioni, organizza dei corsi di formazione, favorisce gli incontri con i direttori di Dipartimento, con il coinvolgimento delle Direzioni Mediche di Presidio, per la valutazione dei risultati dei controlli del N.O.C. 01 e programma degli eventi formativi per la corretta compilazione delle SDO.
Per le strutture private vengono presentati i dati relativi agli abbattimenti tariffari.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione ha certificato il dato della spesa protesica per l'anno 2011, che risulta coerente con i dati del modello LA.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La regione ha trasmesso il progetto Ospedale-Territorio senza dolore.
Si evidenziano, tuttavia, le seguenti criticità:

- in attuazione dei contenuti dell'Intesa siglata in sede di Conferenza Stato-Regioni il 25 luglio 2012, inerente i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore, la risposta assistenziale al bisogno di cura residenziale in età pediatrica deve essere garantita all'interno di centri residenziali pediatrici;
- si auspica una maggiore tempestività nel completamento del processo di attivazione degli hospice;
- la sezione apposita del Questionario appare incentrata su iniziative riferite a pazienti oncologici, laddove i riferimenti normativi nazionali dettano specifiche disposizioni anche per la gestione dei pazienti con patologie neurologiche cronico-degenerative.

La Regione è considerata adempiente con impegno a sanare le criticità sopra evidenziate.

AO.2
ADEMPIENTE
Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice"), la Regione ha dichiarato di aver avviato la trasmissione del flusso Hospice relativamente ai dati del III trimestre 2013. Si riscontra l'avvenuta trasmissione al NSIS delle informazioni suddette.

AO.3
ADEMPIENTE
In relazione alle attività inerenti l'attivazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia, la Regione viene considerata adempiente.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che nel 2012, a seguito di presa in carico da parte della Asl di provenienza, sono state dimesse 9 persone, provenienti dalla Regione, già internate in regime di proroga della misura di sicurezza detentiva in un OPG del territorio nazionale. La Regione dichiara che al 31 dicembre 2012 erano presenti 3 persone internate in regime di proroga ma non comunica il numero degli internati presenti nel corso del 2012.
La Regione, inoltre, allega il Protocollo d'intesa tra la Regione Abruzzo, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria di Pescara e il Centro per la Giustizia Minorile de L'Aquila, sottoscritto il 18 giugno 2010 e la DGR 882 del 17 dicembre 2012 – Linee Guida dei Servizi Sanitari-Protocollo per la salute mentale dei minorenni sottoposti a procedimento penale- Programma per

la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, dei minorenni sottoposti a provvedimento penale.

La Regione, infine, allega la DGR 231 del 16 aprile 2012 - Accordo, ai sensi dell'art. 9 D.Lgs. 28 agosto 1997 n. 281, sul documento recante "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'allegato C al DPCM 1 Aprile 2008" (Rep. n. 95/CU): programmazione negli istituti penitenziari della Regione di articolazioni del servizio sanitario per l'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali.
Con decreto 70 del 7 ottobre la Regione assegna all'Osservatorio Regionale Buone Pratiche il compito di implementare le Raccomandazioni Ministeriali, disponendo che ogni Azienda sanitaria si faccia carico non solo della implementazione delle stesse ma anche di promuovere iniziative circa la formazione su tali temi.

AS.1.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici.
La Regione dichiara di aver effettuato la ricognizione sulle strutture che effettuano la centralizzazione degli antiblastici da cui risulta che su 17 presidi, 4 hanno una attività centralizzata (uno per ogni ASL).

AS.1.3 Iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari relative alle Raccomandazioni ministeriali.
La Regione ha inviato l'elenco degli eventi formativi rivolti agli operatori sanitari anche se solo una piccola parte tratta argomenti relativi alle raccomandazioni ministeriali.

AS.2 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria.
La Regione ha effettuato il monitoraggio da cui risulta che il numero di UO chirurgiche che utilizzano la checklist in Sala Operatoria sono 38 su 107 unità operative esistenti.

AS.3 Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES.
La Regione trasmette la documentazione sul punto, definendo la procedura per il caricamento e la validazione degli Eventi Sentinella nel SIMES.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea
La Regione ha trasmesso esclusivamente il prospetto del PAC.
Pertanto, rispetto alla documentazione obbligatoria prevista dall'adempimento in oggetto, risulta ancora da trasmettere:

- approvazione del prospetto del PAC mediante atto formale;
- relazione di accompagnamento;
- nomina del responsabile del coordinamento mediante atto formale.

Relativamente al prospetto del PAC si rileva che per alcune azioni non è prevista una scadenza, ma viene riportata la frequenza di esecuzione.

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che nel proprio territorio sono presenti quattro CUP implementati per ogni Azienda sanitaria ed è in corso di realizzazione l'integrazione a livello regionale.

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la salute mentale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione dichiara di aver avviato il progetto tecnologico FSE e attivato la sua sperimentazione che si concluderà entro marzo 2014 nelle ASL relativamente ai referti di laboratorio, di cardiologia e di radiologia e anatomia patologica. Dichiara inoltre di aver inserito all'interno degli obblighi e degli obiettivi dei Direttori Generali l'istituzione e la realizzazione del progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, impegnando gli stessi a finalizzare l'azione del loro mandato alla piena attuazione dell'adempimento. Da quanto rappresentato dalla Regione il sistema risulta essere in fase di sperimentazione e pertanto non è possibile effettuare nessuna valutazione rispetto alla copertura territoriale per tipologia di documento.

Per quanto concerne invece il Patient summary la Regione dichiara che, al fine di coinvolgere i medici di base e i pediatri di libera scelta, per la produzione e la trasmissione del Patient summary, procederà con apposite previsioni all'interno dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina di Base. Dichiara inoltre che entro settembre 2013 verrà approvato un apposito dispositivo normativo che istituisce il Fascicolo Sanitario Elettronico nell'ambito regionale. In merito si rappresenta che nel vigente Accordo collettivo nazionale è già previsto l'obbligo da parte dei MMG della produzione del Patient Summary. Inoltre, per quanto attiene alla previsione di disciplinare con un apposito dispositivo normativo regionale che istituisce il Fascicolo Sanitario Elettronico, si sottolinea che l'art.12 del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179 è la norma di rango primario di livello nazionale che disciplina l'istituzione del FSE da parte delle Regioni e Province Autonome. Pertanto si ritiene inopportuno un dispositivo normativo sul FSE di livello regionale.

La Regione pertanto risulta adempiente con l'impegno a prevedere nell'attuale fase di sperimentazione del progetto FSE il coinvolgimento diretto dei MMG e dei PLS per la produzione del Patient summary.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

AAE.1

La Regione ha trasmesso documentazione che testimonia il notevole impegno per l'adeguamento del sistema trasfusionale regionale alle disposizioni vigenti, successivamente all'istituzione del Centro Regionale Sangue.

La Regione ha dimostrato di essersi sostanzialmente allineata alle richieste per gli adempimenti LEA 2012, e se pur i provvedimenti inviati sono stati adottati alla fine del 2013, si prende atto del proficuo lavoro svolto nel percorso di autorizzazione e accreditamento da raggiungere entro il 31 dicembre 2014.

AAE.2

Sono stati soddisfatti i requisiti richiesti anche in riferimento ai fondi da assegnare al funzionamento a SRC.

AAE.3

La Regione ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 e ha inviato i documenti connessi alla riorganizzazione della rete trasfusionale, con riferimento alla razionalizzazione della lavorazione e produzione degli emocomponenti.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a fornire l'evidenza nel 2014 dell'attuazione dei provvedimenti adottati.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Relativamente alla prima linea di indirizzo citata nel questionario (misure di politica sanitaria e di accreditamento con riferimento a chiusura dei punti nascita e attivazione STAM e STEN), la Regione ha elaborato un documento di: "Riorganizzazione dei punti nascita regione Abruzzo" che ridefinisce l'assetto dei Punti nascita secondo quanto previsto dall'Accordo del 16 dicembre 2010 (PN di I e II Livello), ma che si configura ancora come una mera proposta e non come un atto deliberato, non contiene, pertanto, alcuna tempistica relativa alla realizzazione della riorganizzazione dei punti nascita ed alla chiusura di quelli con meno di 500 parti/anno. Stessa criticità si rileva in merito all'attivazione di STAM/STEN, che si configura come proposta di organizzazione di tali sistemi di emergenza, senza tuttavia definire la tempistica di realizzazione.

In merito alle altre linee di indirizzo citate nel Questionario, si dà atto alla Regione di aver predisposto documenti e relativi Atti deliberativi sugli specifici ambiti e avviato le conseguenti attività (Agenda della Gravidanza; Linee guida della gravidanza a basso rischio; Cartella ostetrica ambulatoriale, avvio della partoanalgesia con L.R. 56 del 14-11-2012, corsi di formazione per gli operatori coinvolti nel percorso nascita).

Tenendo conto, pertanto, di una buona adesione alle linee di attività contenute nell'Accordo del 16 dicembre 2010, rispetto alle quali si evidenzia un apprezzabile stato di avanzamento nella realizzazione di queste, ma mancando un cronoprogramma relativo alla prima linea di attività prevista dal suddetto Accordo, che risulta fondamentale per la qualità e la sicurezza del percorso nascita, la Regione viene considerata adempiente con impegno ad inviare il cronoprogramma delle azioni sopra menzionate.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE

La Regione ha individuato in maniera dettagliata tutta la rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza. Ha identificato la rete dell'emergenza territoriale nelle sue articolazioni e le modalità di integrazione con la componente ospedaliera. Non si prevedono riduzioni del numero delle CO 118. Esiste un coordinamento regionale delle attività.

La Regione informa inoltre che attraverso il Decreto Commissariale n 11 del 20.02.13 sono state approvate le reti per le patologie tempo dipendenti. Infine, la Regione dichiara che per le patologie ad altissima specialità sono in essere collegamenti funzionali con centri sovraregionali per i Grandi Ustionati, i Centri antiveleni ed il reimpianto di arti.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato e per la completezza territoriale. Relativamente alla qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS, per quanto riguarda il tracciato del 118-Intervento si evidenzia una criticità nella valorizzazione della prima prestazione (Tabella D) mentre per quanto riguarda il tracciato del Pronto Soccorso si evidenzia una criticità nella valorizzazione della diagnosi principale.

AAG.3

INADEMPIENTE

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 24 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21) in peggioramento rispetto all'anno 2011, dove presentava un valore pari a 21.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

La relazione trasmessa dalla Regione ornisce il numero delle forme associative semplici, in rete e di gruppo attivate in ogni singola ASL, sia per la Medicina generale che per la Pediatria di Libera Scelta. Fornisce altresì il numero dei MMG e dei PLS impegnati in ogni forma associativa con il numero totale degli assistiti. Relativamente ai modelli organizzativi complessi delle Cure Primarie, si evince che la Regione ha complessivamente avviato n. 2 UTAP, 31 Nuclei di Cure Primarie H12/H24 e 2 Punti Territoriali di Assistenza precisando che questi ultimi modelli, configurati con Deliberazione Commissariale n. 45/2010, rispondono al modello strutturale delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) delineato dalla Legge 189/2012 (decreto Balduzzi).

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione ha trasmesso una relazione sull'implementazione del Piano di indirizzo sulla riabilitazione nelle aziende del territorio.

Dalla relazione emerge che tutte le Asl hanno attivato modelli organizzativi (UOC a Pescara e Teramo, Rete aziendale della Riabilitazione a l'Aquila) e procedure che favoriscono la gestione multidisciplinare dei ricoveri di riabilitazione ed il coinvolgimento dei diversi setting assistenziali, ospedalieri e territoriali, nello svolgimento del percorso riabilitativo.

In una ASL si cita esplicitamente il PO di struttura, ed in tutte si assicura la predisposizione del PRI.
In tutte le Asl risultano attivate procedure di collegamento funzionale con le strutture socio-riabilitative extraospedaliere.
Si rileva l'assenza di una funzione di indirizzo, coordinamento e controllo da parte della Regione.
La Regione viene considerata adempiente con impegno all'attivazione del Gruppo regionale tecnico per la rete di riabilitazione (formalmente istituito con DC n. 58/2012) con compiti specifici di indirizzo, coordinamento e di monitoraggio dei risultati raggiunti, soprattutto in termini di appropriatezza dei ricoveri.

AAI.2
La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	12,4%	16,1%	9,5%	14,7%	9,3%.	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	8,9%	10,7%	9,3%	10,2%	9,2%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	7,9%	8,7%	8,5%	9,3%	8,9%	9,1%

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE
La Regione Abruzzo risulta sufficiente per 4 item su 5.
Tra le criticità si segnala, in particolare, un punteggio inadeguato per gli indicatori di performance dovuti ad un livello di attività insoddisfacente per le profilassi di eradicazione per TBC e BRC oltre che per il controllo dell'anagrafe ovicaprina e della % dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione.
Per i flussi informativi veterinari, ha conseguito, un buon livello di adempienza (sufficiente con un punteggio pari all' 78,5% e 5 indicatori vincolanti su 6), con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione. In proposito si segnala un livello insufficiente sia per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili che per il controllo sull'anagrafe della popolazione suina e bovina oltre che il mancato rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo per gli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale e la mancata trasmissione dei dati relativi alle somme percepite e ai costi sostenuti per l'attività di controllo ufficiale.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Si prende atto del Decreto n.41 del 20 maggio 2013 con cui la Regione recepisce le Linee Guida nazionali per la dematerializzazione clinica in diagnostica per immagini di cui all'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sancita nella seduta del 4 aprile 2012.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

ADEMPIENTE

La Regione ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare una progressiva riduzione dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR), in particolare nel corso del 2012 (17,4% nel 2012, rispetto al 15,5% dato dalla somma dei tetti 13,1%+2,4%), benché la Regione abbia ancora importanti margini di miglioramento nella regolazione della propria spesa farmaceutica rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 15,5% del FSR. Nonostante gli ottimi risultati sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, nella quale la Regione è riuscita a riportare la spesa all'interno del tetto del 13,1%, la spesa farmaceutica ospedaliera è ancora molto elevata.

Si registra un disallineamento delle incidenze della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera sul FSR, relativamente al 2012, tra quanto riportato nella Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica e quanto riportato dalla Regione nel Questionario. Tale disallineamento dovrebbe dipendere dalla correzione della spesa dei modelli CE che, in sede di consolidamento, è stata rideterminata al netto della spesa per vaccini con AIC. La progressiva riduzione, nel corso dell'ultimo triennio, dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale e il rispetto del tetto del 13,1%, sono dovuti alle numerose deliberazioni emanate dalla Regione in materia di contenimento della spesa farmaceutica territoriale e all'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Settore sanità. Le iniziative intraprese dalla Regione che maggiormente hanno influito sul contenimento della spesa sono state l'individuazione delle classi terapeutiche che incidono maggiormente sulla spesa farmaceutica convenzionata, così come predisposto dal Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute, concretizzatasi in una marcata riduzione delle prescrizioni rispetto all'andamento generale, l'approvazione del metodo di valutazione della performance dei MMG in termini di spesa e l'intervento sulle modalità prescrittive e dispensative dei farmaci nelle Residenze Sanitarie Assistenziali.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la regione Abruzzo evidenzia un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR, nonostante i numerosi atti regionali con effetti organizzativi e di contenimento della spesa, emanati in questo ambito assistenziale. La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, che aggiorna con una periodicità pressoché bimestrale (5 aggiornamenti nel corso del 2012), trasmesso all'AIFA.

Infine, la Regione ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in media rispetto a tutte le altre regioni italiane.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi del periodo indicato.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del periodo indicato.

Basilicata

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

Relativamente alle verifiche di corretto consolidamento all'interno dei singoli modelli, la Regione ha fornito dei prospetti di raccordo tra il risultato economico consolidato e quello riportato dalle aziende, motivando i motivi del disallineamento. Si è preso atto che sono in corso procedure di miglioramento delle operazioni di consolidamento, alla luce anche dell'entrata in vigore del decreto legislativo 118/11, che impone l'obbligo di redigere bilanci di esercizio consolidati regionali da far approvare alla Giunta.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La copertura dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sui flussi informativi STS21 (assistenza specialistica territoriale) e SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8 luglio 2010). In particolare si segnalano criticità sulla percentuale di compilazione dei campi "data di prenotazione" e "classe di priorità".

La qualità dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sul flusso informativo STS21 (assistenza specialistica territoriale).

La Regione deve integrare la banca dati NSIS e dare riscontro all'Ufficio di Statistica del Ministero della salute sulle segnalazioni relative ai flussi informativi. Deve in particolare eliminare le criticità nei flussi informativi STS21 (assistenza specialistica territoriale).

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La Regione Basilicata con un punteggio pari a 169 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia delle criticità per gli indicatori relativi alla vaccinazione antinfluenzale nell'anziano, al costo pro-capite dell'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, al numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti, all'intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla Base Dati nazionale risulta che, a gennaio 2013, la Regione ha una dotazione di 2.063 posti letto, pari a 3,58 per 1.000 abitanti, di cui 3,00 per pazienti acuti (1.728 posti letto) e 0,58 per riabilitazione e lungodegenza (335 posti letto).

Tale dotazione è in linea con i disposti normativi vigenti. Si segnala che la Regione non ha ancora effettuato la validazione dei flussi informativi HSP.12 (relativamente ai modelli afferenti alle ASL di Potenza e Matera) e HSP.13.

In relazione alla tematica inerente l'offerta dei posti letto regionali, la Regione ha trasmesso il Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015, i cui principi

ispiratori generali, volti al riequilibrio del sistema ospedale-territorio, sono in linea con il disposto normativo in questione.

F.2
ADEMPIENTE
La Base Dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 180,15 nel 2010, di 167,17 nel 2011 e di 150,47 nel 2012.
La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è lievemente eccedente il valore del 25% nell'ultimo dei tre anni osservati, con un differenziale di 10,9 nel 2010 (35,9%), 7,6 (32,6%) nel 2011 e 2,8 nel 2012 (27,8%).
In riferimento alla tematica in questione, la Regione ha trasmesso il Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015, i cui principi ispiratori generali, volti al riequilibrio del sistema ospedale-territorio, sono in linea con le norme nazionali in materia.

g) Appropriatezza

A soli fini informativi, la regione Basilicata, per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza, non presenta alcuna situazione critica. Il 10% dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza.

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Da una prima valutazione emerge quanto di seguito riportato.

H.1 Monitoraggio ex post
La Regione risulta svolgere attività di monitoraggio ex post. I dati, pervenuti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), mostrano, in base a quanto indicato nelle Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa del dicembre 2010, che tutti i campi interessati alla valutazione risultano avere una valorizzazione corretta, sia per il I che il II semestre, mentre il solo campo "Struttura sanitaria erogatrice" ha una percentuale di validità sul totale dei record pari a 0,00 sia per il I che per il II semestre 2012. Si suppone che la Regione non abbia provveduto ad inviare la tabella di transcodifica.
Inoltre, non risulta possibile calcolare l'indicatore dei Tempi di Attesa, previsto solo per le Regioni per le quali risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.

H.2 Monitoraggio ex ante
La Regione ha svolto il monitoraggio ex ante nel corso dell'anno 2012. I dati pervenuti riguardano la rilevazione aprile 2012 e la rilevazione ottobre 2012. Le soglie di garanzia risultano essere:

- % di garanzia Classe B aprile 86,30%
- % di garanzia Classe D aprile 97,41%
- % di garanzia Classe B ottobre 95,11%
- % di garanzia Classe D ottobre 99,68%

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

- Campo Data Prenotazione:
  - Regime ordinario. Campi corretti 86,37%.
  - Regime DH. Campi corretti 58,04%
- Campo Classe di priorità:
  - Regime ordinario. Campi corretti 86,81%
  - • Regime DH. Campi corretti 62,25%.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni

La Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni. Con la DGR 15/2012 ha approvato il Disciplinare tecnico sulle modalità di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali che al paragrafo 3 punto j) riporta: …."le Direzioni sanitarie e previa consultazione con le associazioni interessate, predispongono ed adottano, entro 60 gg dall'approvazione del presente disciplinare, un regolamento aziendale che disciplina tali sospensioni e che deve essere sottoposto all'approvazione regionale…..".
Alla luce di quanto dichiarato si chiede di prendere visione del regolamento sopra citato.

H.5 Monitoraggio PDT complessi
Dall'esame dei dati pervenuti risulta che il monitoraggio viene effettuato.

La Regione trasmette documentazione integrativa, dalla cui analisi risulta un chiaro equivoco da parte della Regione sulla modalità di trasmissione dei dati relativi al Monitoraggio ex post, ben descritte dalle Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per il monitoraggio dei tempi di attesa del dicembre 2010, inviate a tutte le Regioni dopo condivisione con le stesse e disponibili sul portale del Ministero della salute (*http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1571_allegato.pdf*) nonché riportate nel Questionario e allegati, a cui le Regioni devono attenersi per l'invio dei dati relativi ai monitoraggi dei tempi di attesa previsti dal PNGLA.
Nelle stesse Linee guida si precisa che "in riferimento alle strutture nell'ambito delle quali sono garantiti al 90% degli utenti i tempi di attesa massimi regionali per le prestazioni di cui al PNGLA 2010-12, laddove le Regioni trasmettono, attraverso il flusso dell'articolo 50, codici delle strutture diversi da quanto previsto nei modelli SIS (D.M. 6 dicembre 2006), per le finalità del monitoraggio dei tempi di attesa è necessario procedere alla transcodifica dei codici delle strutture".
Per le motivazioni sopra esposte e in considerazione sia dell'invio della tabella di transcodifica sia dell'impegno dichiarato dalla Regione per la completa risoluzione delle criticità emerse, la Regione può essere considerata adempiente con impegno all'invio dei dati in modalità corretta.

I) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea
La Regione Basilicata ha evidenziato nel 2012 una spesa farmaceutica territoriale di 124,8 milioni di Euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 13,1% del Fabbisogno sanitario regionale dello -1,13% (-11,8 milioni di Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2012 risulta superiore rispetto a quella inizialmente prevista dall'AIFA ai sensi dell'art.5, comma 4, della L.222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 50,7 milioni di Euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno Sanitario Regionale del 2,46% (+25,7 milioni di Euro).
La Regione evidenza una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 13,9 milioni di Euro.
La Regione, pur rispettando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, evidenza il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.
Pertanto, per il parere finale si rimanda alla valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato LEA la compensazione dei disavanzi della spesa farmaceutica con altre voci di spesa del Servizio Sanitario Regionale, o di altre voci del bilancio regionale.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: BASILICATA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	85.317.497,39	8,18%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	1.474.838,00	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	2.924.916,00	0,28%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	173.204,00	0,02%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	31.500.085,00	3,02%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	12.598.686,00	1,21%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	4.251.002,00	0,41%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	8.347.684,00	0,80%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**124.843.310,39**	**11,97%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	1.042.839.386,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	136.611.959,57	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-11.768.649,18	-1,13%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	121.030.539,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	83.427.000,00	8,00%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	767.347,00	0,07%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	92.335,00	0,0089%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	384.276,00	0,04%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**50.682.957,00**	**4,86%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	1.042.839.386,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	25.028.145,26	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	25.654.811,74	2,46%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE

Relativamente ai Processi di verifica e validazione dei dati e di governo sui sistemi informativi, la Regione dichiara che la trasmissione delle informazioni e la relativa validazione sono centralizzate a livello regionale.

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Gli obiettivi richiesti dall'adempimento in oggetto non sono stati raggiunti al 100%. Per l'obiettivo A3 "Quadratura CO.GE-CO.AN", la percentuale raggiunta è del 75%. Tuttavia l'Azienda Ospedaliera Regionale (AOR) prevede nel corso del 2013 l'attivazione delle disposizioni previste dalla DGR

667/2013 in termini di aggiornamento del Sistema Informatico relativo alla contabilità analitica. Presso il Centro Regionale Oncologico Basilicata (CROB), inoltre, è in fase di implementazione un sistema di quadratura della contabilità analitica con la contabilità generale.
La Regione si ritiene, pertanto, adempiente con impegno per il 2013 ad attuare quanto previsto dalle varie disposizioni.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione conferma che per il 2012 resta vigente la DGR 2563/05 ai fini della confermabilità, del rispetto dei contenuti e della tempistica di flussi informativi ricompresi nel nuovo sistema informativo sanitario. Ha, inoltre, trasmesso tutti i contratti sottoscritti dai Direttori Generali delle aziende.

p) Dispositivi medici

P.1
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

P.2-P.3
La Regione è risultata quasi sempre assente alle riunioni del Gruppo di Lavoro Nazionale (1/6) costituito ai fini dell'implementazione del corretto avvio dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici. In tale ambito ha condiviso le "Linee Guida per il tracciato Contratti" e le "Linee Guida per il tracciato Unità di misura" elaborati dai rispettivi Sottogruppi di Lavoro.
In riferimento alla convenzione stipulata dalla Regione con una società di servizi, citata nel Questionario, si ritiene di evidenziare che, indipendentemente dal percorso scelto, resta in capo alla stessa Regione la responsabilità dei dati inviati, del controllo del processo e del rispetto dei vincoli posti in sede contrattuale.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1–S.2
ADEMPIENTE
La Regione trasmette la DGR 1132/2013 "Adozione dello strumento di valutazione multidimensionale VAOR RSA per la presa in carico dei soggetti in regime residenziale nelle azioni sanitarie territoriali", la cui implementazione sarà oggetto di valutazione dei direttori generali di ASP e ASM.
Tale provvedimento consente il superamento dell'impegno assunto per l'anno 2011.

Per l'anno 2012, il punteggio totale riportato dalla Regione è di **20 punti**, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale del disabile: 1 punto
Offerta assistenziale: 8 punti
Ripartizione degli oneri: 8 punti
Fornitura dati posti letto: 3 punti.

S.3

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato e per la completezza territoriale. Relativamente alla qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS si rilevano criticità nella valorizzazione della ASL di erogazione e della ASL di residenza.

La Regione risulta pertanto adempiente con impegno a risolvere le criticità suddette.

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che con decreto 130/2012, la Giunta Regionale ha adottato con decorrenza 1 gennaio 2012 le nuove tariffe ai sensi del Testo Unico TUC del 5 maggio 2011. A partire dal 12 febbraio 2013, si applicano le disposizioni della successiva DGR 463/2013, in base alla quale è previsto un abbattimento del 40% per le tariffe relative alle prestazioni di lungodegenza che superano il valore soglia di 60 gg.

u) Piano nazionale della prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento risulta pari a 100, superiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.

- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: ADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: ADEMPIENTE
- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza : ADEMPIENTE
- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento.
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: ADEMPIENTE
  Per l'anno 2012 è stata programmata la realizzazione di attività di informazione-formazione dedicate a lavoratori stranieri, da cui, nel corso del 2012, la distribuzione di opuscoli multilingue tramite le OO.SS., le Associazioni datoriali ed Associazioni/gruppi d'interesse, i responsabili degli sportelli per gli stranieri presso le Prefetture, oltre che tramite il Ce.St.Ri.M. (Centro Studi e Ricerche sulle realtà Meridionali), i Campi di accoglienza e la comunicazione alle varie associazioni dei link INAIL e VVF per la consultazione e la fruibilità degli opuscoli, resi disponibili al CRC da INAIL e VVF. La programmazione del 2012 include inoltre l'implementazione di attività di sensibilizzazione alla denuncia delle malattie professionali, già

curata dall'INAIL, da realizzarsi sempre in collaborazione con lo stesso INAIL, iniziativa rimandata al 2013. Nel corso del 2012 è stato condiviso in sede di CRC uno specifico progetto di formazione (in progress) presentato dal Dipartimento Regionale alla Formazione destinato ai lavoratori stranieri "regolari", ai lavoratori stagionali del comparto agricolo e ai lavoratori con meno di due anni di esperienza nell'esercizio delle proprie mansioni o attività.
Numerose sono state le iniziative di promozione di attività di formazione, informazione e assistenza svolte dai vari Enti, tra le quali un convegno sullo stress lavoro-correlato promosso da INAIL - MIUR e OO.SS., una campagna informativa riguardante le malattie professionali in agricoltura ed edilizia promossa dall'INAIL, con la partecipazione del SSR, un evento dedicato alla sicurezza in agricoltura, che ha coinvolto SSR e Coldiretti, un trend expo finalizzato alla diffusione della cultura della sicurezza tra studenti di scuola secondaria ed universitari, che ha coinvolto varie istituzioni, corsi di formazione per addetti antincendio su iniziativa dei VVF in sinergia con Associazioni datoriali e OO.SS. E' stata raggiunta la copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi in un anno.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE
La Regione ha realizzato il sistema di accreditamento ECM regionale avvalendosi della collaborazione dell'AGENAS mediante la stipula di una apposita Convenzione, che prevede la predisposizione e la realizzazione di un Sistema di Accreditamento Eventi e Provider Regionali ECM per l'erogazione della Formazione in ambito regionale.
Con DGR 196 del 26 febbraio 2013 ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012 concernente "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider", e ha trasmesso la bozza del manuale di accreditamento provider, predisposto sulla base dei requisiti strutturali e funzionali stabiliti dal suddetto Accordo.
A tal proposito si riporta uno stralcio del su indicato Accordo: "Le competenti amministrazioni regionali o provinciali – prima dell'adozione dell'atto da parte della competente Giunta regionale/provinciale - quest'ultimo passaggio solo se ritenuto necessario – trasmettono i Manuali che si intendono adottare alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua tramite la Sezione I "Criteri e procedure di accreditamento dei provider pubblici e privati", nella quale opera il Comitato Tecnico delle Regioni, previo parere positivo espresso dal Comitato stesso".
Preso atto del documento di cui sopra, la regione Basilicata si certifica positivamente per l'anno 2012, fermo restando che il citato manuale dovrà essere trasmesso alla Sezione I della Commissione Nazionale per la Formazione Continua per la successiva approvazione.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE
X.1.1 Formalizzazione di una metodologia/procedura per il monitoraggio, nelle aziende sanitarie ed ospedaliere, dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale.
Nel corso del 2012 la Regione Basilicata ha formalizzato i PDTA relativi alle seguenti patologie:
Epatite B (DGR 706/2012), Malattie neuromuscolari (DGR 463/2012), Infarto miocardico acuto -IMA (DGR 1597/2012 che modifica la precedente DGR 175/2011), Epatite C (DGR 399/2013), Diabete (DGR 53/2013), Sindromi acute del miocardio – NSTEMI (DGR 190/2013).
I documenti di riferimento illustrano la metodologia utilizzata.

X.1.2 Monitoraggio dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale nell'anno 2012.

Nel corso del 2012 le attività di monitoraggio dei PDTA attivati hanno riguardano tutte le strutture regionali coinvolte che afferiscono alle Aziende Sanitarie Provinciali di Potenza e Matera (ASP e ASM) e l'AOR San Carlo.

X.1.3 Esistenza a livello regionale di una funzione (ufficio/servizio/gruppo di lavoro) che svolge regolarmente la raccolta e l'analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.

La Regione identifica l'Ufficio Pianificazione Sanitaria e Verifica degli Obiettivi del Dipartimento Salute quale struttura avente il compito di svolgere le attività di monitoraggio secondo quanto stabilito nelle specifiche delibere attingendo alle informazioni rilevabili dai flussi informativi esistenti o creati ad hoc in collaborazione con i vari Tavoli tecnici per le valutazioni di merito.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di garantire numerose prestazioni aggiuntive tra le quali prestazioni di assistenza protesica, contributi economici, integrativa, esenzioni, ecc..

La Regione, tuttavia, precisa che agli oneri che ne derivano si provvede così come previsto dall'art. 6 della L.R. n. 19/2009.

La Regione specifica che ha istituito, con la ripartizione finanziaria dei capitoli di bilancio di cui alla Legge finanziaria regionale 2009, apposito capitolo di bilancio denominato "Trasferimenti alle Asl in relazione all'erogazione LEA aggiuntivi", finanziato con fondi regionali.

Per l'erogazione dei cosiddetti LEA aggiuntivi, la Regione Basilicata ha stanziato, per l'anno 2012, fondi regionali pari a € 4.200.000,00.

Viene trasmessa la Determinazione dirigenziale n. 72AE.2012/D.00627 del 23 novembre 2012, recante "LEA aggiuntivi - assegnazione quote alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Regionali anno 2012", nella quale sono indicati per ciascun livello ulteriore i costi stimati. Con la determinazione, inoltre, si procede all'assegnazione delle quote spettanti alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Regionali, per l'anno 2012.

Dal confronto con il modello LA 2012 risultano erogate prestazioni aggiuntive di medicina fisica.

La Regione viene considerata adempiente; si rimane tuttavia in attesa di chiarimenti in ordine alle prestazioni di medicina fisica.

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE

La regione Basilicata ha adempiuto a quanto disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004, fornendo quanto richiesto. Infatti, per quanto riguarda le risorse residue, la Regione ha sottoscritto in data 9 giugno 2010 il II Atto integrativo dell'Accordo di programma quadro, nel quale riserva il 15% delle risorse disponibili al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.

La Regione ha presentato una proposta di Accordo di programma, in corso di istruttoria, che riserva il 26% delle risorse al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione Basilicata ha concluso l'iter per la concessione dell'accreditamento istituzionale entro il 31 dicembre 2012; dichiara inoltre di aver subordinato a verifica tutte le strutture alle quali è stato concesso l'accreditamento istituzionale e comunica che le strutture accreditate sono 64 sul totale

delle 65 esaminate, spiegando che la sessantacinquesima struttura non è più in regime di accreditamento con il SSR/SSN.

aj) Sperimentazioni gestionali

ADEMPIENTE
La Regione ha compilato in tutte le sue parti la scheda riportata nel Questionario e dichiara che al 31 dicembre 2012 è attiva la sperimentazione gestionale "Stella Maris Mediterraneo Onlus", posta in liquidazione dall'art. 14 della L.R. n. 7 del 16.04.2013. La Legge specifica che modalità e tempi saranno disciplinati da successiva deliberazione regionale. La Regione ha inoltre indicato la Convenzione "Realizzazione del Centro Pediatrico Bambin Gesù" e, per entrambe, ha allegato le relazioni annuali 2012.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione ha compilato il Questionario in tutte le sue parti. In merito al Piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, la Regione ha trasmesso una nota con la quale si impegna a rimodulare la riorganizzazione della rete laboratoristica, poiché il numero di prestazioni è decisamente diminuito nel corso degli anni. La Regione si è impegnata, in base a quanto previsto nell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011, a riorganizzare la rete laboratoristica pubblica e privata nel rispetto degli standard minimi, fermo restando il mantenimento dell'equità dell'accesso alle prestazioni in considerazione delle caratteristiche orografiche del territorio regionale. La Regione viene considerata adempiente con impegno ad effettuare quanto dichiarato.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE
La Regione Basilicata ha integrato, a seguito della circolare del Ministero della Salute n. 5865 del 1 marzo 2013, i contenuti della DGR n.240/2013 con la circolare dipartimentale 44760/72AF del 11 marzo 2013, successivamente formalizzati con la DGR 395/2013, allo scopo di uniformare le modalità di rendicontazione dell'attività e di integrare le aree di indagine già individuate, includendo nei controlli i ricoveri medici con finalità diagnostica, in misura non inferiore al 2,5% di quelli prodotti dalle singole strutture. Nel report dichiara che l'analisi adottata nell'ambito dei controlli del 10% delle cartelle prodotte ha riguardato il controllo puntuale SDO-cartella clinica, l'applicazione di una Checklist indicatori, l'applicazione dei criteri PRUO e l'applicazione dei criteri definiti dalle Linee Guida regionali per riabilitazione e lungodegenza, mentre i controlli rientranti nel 2,5% delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza hanno riguardato i ricoveri medici con finalità diagnostica, la totalità delle cartelle relative ai parti cesarei nelle strutture che superano il 40% del totale, i ricoveri di cod. 56 e 60 nell'ospedale di Tricarico e i controlli previsti dalla DGR 240/2013. La Regione, nella Tabella 1 (Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008), dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 9.498 controlli, pari al 11,50% del totale mentre effettua per le strutture private 1.100 controlli, pari al 66,99%. Analogamente nella Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 3.767 controlli, pari al 4,5% del totale mentre effettua per le strutture private 800 controlli, pari al 48,7%.

Riguardo le misure adottate, solo per le strutture private, la Regione riporta nelle Tabelle 1 e 2 i medesimi valori dell'abbattimento tariffario successivo ai controlli. Per le strutture pubbliche viene riportata nel report una breve sintesi descrittiva delle risultanze del monitoraggio.
Si richiede di fornire in formato Excel le Tabelle 1 e 2 come indicato nelle Note per la compilazione del Questionario.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione ha chiarito la differenza rilevata tra la spesa protesica dichiarata e quella risultante dal modello LA per l'anno 2011 e, pertanto, si può considerare adempiente.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE
Presa visione della documentazione trasmessa dalla Regione, si certifica positivamente.

AO.2
ADEMPIENTE
Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice") la Regione non ha inviato un Piano di Adeguamento ed ha trasmesso al NSIS i dati relativi al I e al II trimestre 2013.

AO.3
ADEMPIENTE
Esaminata la documentazione trasmessa dalla regione in relazione alle attività inerenti l'attivazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia, si certifica positivamente.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione ha trasmesso una nota del Ministero della giustizia nella quale dichiara che sono stati individuati gli spazi per la realizzazione della struttura intramuraria per la tutela della salute mentale nel carcere di Matera e che a breve inizieranno i lavori di ristrutturazione.
Viene inoltre trasmesso il protocollo sottoscritto tra la ASL di Potenza e i Servizi minorili della giustizia per la tutela della salute dei minori sottoposti a procedimento penale. Nel protocollo sono indicate le attività che il Dipartimento di Salute Mentale deve svolgere all'interno dei Servizi penali minorili ma non si fa cenno alle problematiche legate all'abuso di sostanze né si prevedono percorsi terapeutici in strutture residenziali.
Sono stati dimessi 5 internati in regime di proroga della misura di sicurezza, anche se la Regione nel Questionario dichiara che il numero di soggetti, provenienti dalla Regione, internati in regime di proroga della misura di sicurezza detentiva in un OPG del territorio nazionale (dato rilevato dalle Direzioni Sanitarie degli OPG) è pari a uno.
La Regione non ha formalmente individuato strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali dei minori accolti dai Centri di Prima Accoglienza (CPA) e non ha programmato e attivato all'interno di almeno uno degli Istituti penitenziari, una specifica sezione

destinata alla tutela intramuraria della salute mentale ma specifica che si fa fronte alle esigenze con il servizio psichiatrico ambulatoriale.
La Regione ha superato l'impegno dell'anno 2011 ad attuare quanto previsto dalle "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria"; per l'anno 2012 la Regione viene considerata adempiente con impegno ad integrare il protocollo nell'area dell'abuso di sostanze e dei percorsi in strutture terapeutiche territoriali nonché ad attivare la sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali.
La Regione dichiara di aver effettuato nel 2012 il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni.

AS.1.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici.
La Regione ha effettuato una ricognizione delle strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici. A tale proposito si rappresenta che sulla base di quanto dichiarato dalla Regione, su tale specifico punto, la preparazione dei farmaci antiblastici è sotto la responsabilità del farmacista o sotto la sua supervisione, come previsto dalle norme vigenti e come ribadito anche nella Raccomandazione n. 14 del Ministero della Salute, e non può essere completamente "affidata al personale infermieristico in servizio presso la UO di oncologia".

AS.1.3 Iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari relative alle Raccomandazioni ministeriali.
La Regione dichiara di non aver avviato direttamente le iniziative di formazione, tuttavia ha previsto che le Aziende si facciano carico di tale attività.

AS.2 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria.
Dall'indagine effettuata dalla regione è emerso che tutte le 48 UO chirurgiche utilizzano la Checklist in sala operatoria.

AS.3 Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES.
La Regione ha avviato dal 2010 il sistema di segnalazione degli eventi sentinella tramite il SIMES e ha trasmesso documentazione inerente la corretta attribuzione delle responsabilità nell'allestimento degli antiblastici.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Valutazione Tavolo adempimenti
La Regione ha trasmesso la documentazione prevista dall'adempimento in oggetto. In relazione alla presenza di azioni correlate ai singoli obiettivi, si segnala che in taluni casi viene riportata una rappresentazione della situazione attuale, ed in altre eventuali azioni già realizzate od in corso di svolgimento. Nella verifica è emerso che la Regione non ha distinto su due colonne differenti la GSA dal consolidato, come previsto dal format, in base al decreto del 1 marzo 2013.

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che nel proprio territorio è implementato un CUP unico regionale inteso come federazione di CUP aziendali, che comprende tutte le aziende sanitarie della Regione (ASP, ASM, AOR San Carlo di Potenza ed IRCCS CROB di Rionero in Vulture) che sono in grado di integrarsi tra loro attraverso la rete geografica regionale. Le diverse aziende sono autonome nella gestione delle proprie attività ambulatoriali.

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la salute mentale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato; per la completezza territoriale risultano inviati i dati di entrambe le ASL per quanto attiene al flusso territoriale, mentre risultano inviati i dati di una sola ASL per il flusso residenziale e semiresidenziale. La Regione risulta pertanto adempiente con impegno a completare l'invio dei dati.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione dichiara di aver realizzato il progetto tecnologico FSE e che, relativamente ai documenti lettera di dimissione, verbale di pronto soccorso, referti, solo l'AOR di Potenza lo alimenta. Non si evince il livello di copertura relativamente al patient summary e all'attività specialistica ambulatoriale.
La Regione è considerata adempiente con impegno ad integrare le informazioni relative alla realizzazione del fascicolo sanitario elettronico.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE
AAE.1
La documentazione trasmessa dalla Regione si può considerare nel complesso rispondente ai requisiti; in relazione alla presenza nel team di verifica di un valutatore incluso nell'elenco nazionale, la Regione ha fatto presente di aver previsto due distinte fasi, una preliminare per l'autorizzazione e l'altra per l'accreditamento, relativa alla verifica dei requisiti minimi, che prevedrà quindi la presenza nelle apposite Commissioni di un valutatore inserito nell'elenco nazionale ai sensi del DM 26 maggio 2011.

AAE.2
Per quanto riguarda l'assegnazione dei fondi, la documentazione trasmessa dalla Regione dimostra che gli stessi sono stati regolarmente assegnati.

AAE.3
La Regione ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012; comunica inoltre che è in corso di approvazione da parte della Giunta Regionale il provvedimento per la razionalizzazione delle attività di lavorazione del sangue e produzione degli emocomponenti.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON PRESCRIZIONE
La Regione Basilicata ha inviato al Comitato Percorso Nascita Nazionale la relazione richiesta circa lo stato di attuazione delle linee di indirizzo dell'Accordo del 16 dicembre 2010, specificamente individuate dal Questionario LEA.
Dalla documentazione trasmessa dalla Regione, si desume che nel 2012 il PN di Villa D'Agri, nonostante il numero di parti inferiore a 500/anno è rimasto funzionante e che, nonostante una apposita DGR ne prevedesse la sospensione dell'attività, è attualmente funzionante; non risulta che la Regione abbia adottato misure idonee a garantire in tale struttura, così come in quella di Policoro, che nel 2012 è al di sotto della soglia dei 500 parti/anno, gli standard e i requisiti previsti dall'Accordo del 2010.
In merito ai sistemi STAM-STEN, la Regione dichiara che questi saranno operativi rispettivamente a partire dal 8 dicembre 2013 e dal 1 marzo 2014 ed è prevista un'attività formativa per gli operatori coinvolti nel sistema di trasporto in emergenza del neonato nel gennaio 2014.
In riferimento alle altre linee di attività contenute nel sopra citato Accordo, citate nel Questionario, risultano approvati con Determinazione dirigenziale del 1 ottobre 2013 i seguenti documenti, in parte già operativi in alcune strutture: Day Service – analgesia del parto, Integrazione territorio ospedale e Protocol Book Evidence Based Obstetric.
Nulla viene riferito rispetto alla seconda linea di indirizzo (integrazione territorio ospedale) ed alla terza linea (implementazione delle linee guida relative alla gravidanza fisiologica ed al taglio cesareo elaborate da SNLG-ISS ed implementazione della raccomandazione per la prevenzione della mortalità materna elaborata dal Ministero della salute). Rispetto alla formazione degli operatori coinvolti nel percorso nascita, la Regione riferisce di aver programmato l'attività di formazione da svolgersi entro il 31 dicembre 2013 indirizzata agli operatori regionali del settore e ne specifica gli argomenti, ma non riferisce dei corsi effettuati nel 2012, elemento necessario per l'espressione del parere di competenza.
A seguito dell'invio da parte degli organi istituzionali di documentazione consistente in un impegno a dare attuazione a quanto già previsto per la riorganizzazione e la messa in sicurezza dei punti nascita entro il primo semestre 2014, la Regione è stata considerata adempiente con prescrizione.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1
ADEMPIENTE
La Regione ha individuato la rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza – urgenza, ha identificato la rete dell'emergenza territoriale nelle sue articolazioni e definito le modalità di integrazione tra le due componenti. Ha definito il Percorso delle Patologie ad alta complessità, ma l'attuazione risulta ancora non completa, essendo attive solo le reti SCA-IMA e Stroke.
La Regione ha successivamente fornito anche le informazioni circa lo stato dell'arte della rete della patologia tempo dipendente Trauma, prevista nel PSR 2012-2015, approvato con DCR n 317 del 24 luglio 2012. Il provvedimento formale (direttiva vincolante ai sensi del PSR) del percorso già

individuato, secondo il modello HUB and Spoke, è in fase di approvazione. L'atto descrive in maniera dettagliata l'elenco dei presidi che compongono la rete ed i loro collegamenti funzionali.
La Regione sta valutando, ai fini dell'integrazione tra Continuità Assistenziale e 118, l'istituzione di una centrale unica regionale per la gestione della Continuità Assistenziale (CA) attraverso un numero verde; al momento non si dispone dei dati sulle modalità di raccordo tra emergenza e urgenza e CA.

AAG.2
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

AAG.3
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
L'indicatore "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 27 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21) superiore al valore soglia accettabile. Considerato il miglioramento rispetto all'anno 2011 (dove il corrispondente valore era pari a 29) si ritiene di poter considerare la Regione adempiente con impegno ad avviare ogni necessaria iniziativa volta a ricondurre l'indicatore entro gli standard previsti. L'impegno sarà valutato nella verifica 2013 sia in termini di azioni programmatorie e attuative realizzate sia in termini di miglioramento del valore dell'indicatore.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE
La Regione Basilicata attraverso gli Accordi Integrativi ha favorito la realizzazione di forme associative (semplice, in rete e di gruppo) delle quali fornisce un quadro sinottico con l'indicazione delle percentuali di medici nelle stesse impegnati, sia nella ASL di Potenza che nella ASL di Matera. Ha altresì istituito attraverso atto formale 11 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) nell'ASL di Potenza con il coinvolgimento del 10% dei Medici di Medicina Generale. Riguardo i modelli organizzativi risulta attivata una sola Unità Complessa di Cure Primarie – UCCP (ex UTAP) nell'ambito però di un processo di costituzione di strutture di erogazione delle Cure Primarie che nel prossimo Accordo Integrativo Regionale (AIR) potranno essere inquadrate come UCCP. Tra i principali servizi da questa erogati figura una postazione di continuità assistenziale (ex guardia medica) h 24. Nella ASL di Matera sia la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico che la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche avviene al 100% mentre nella Asl di Potenza in misura leggermente minore (rispettivamente 75% e 88%).

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione trasmette una relazione nella quale, per ciascuno dei punti in esame, si afferma quanto segue:

a) il Gruppo tecnico regionale ha effettuato incontri periodici nell'anno 2011 e 2012 per:
    - revisione dei processi/prestazioni riabilitative
    - valutazione documentale, comparazione e adeguamento dei processi assistenziali riabilitativi vigenti (DGR 670/2004 e DGR 1300/2010) a quanto indicato nel Piano di indirizzo per la riabilitazione

- stesura della Bozza delle nuove Linee Guida Regionali per la riabilitazione. Il documento definitivo è previsto entro il primo trimestre del 2014 e sarà sottoposto all'approvazione della Giunta Regionale
- individuazione strumento standardizzato regionale per la valutazione del disabile (SVAMDI - DGR 1842/2012);

b) la revisione delle procedure operative ed organizzative conseguirà all'adozione delle Linee Guida Regionali che prevedono il Dipartimento Riabilitativo a valenza regionale; il modello organizzativo unifica le diverse strutture e modalità erogative dell'intervento riabilitativo per garantire la continuità assistenziale;

c) come disposto dalla DGR 670/2004, tutte le attività sanitarie di riabilitazione richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica mediante il Progetto Riabilitativo Individuale, ad eccezione di quelle per disabilità minimali e/o transitorie. Il PRI è stato specificato nei contenuti e supportato da uno schema-tipo. Con l'approvazione delle nuove Linee Guida Regionali il progetto riabilitativo individuale, basato sulla classificazione Internazionale del Funzionamento della disabilità (ICF), rappresenterà il punto di partenza per tutti i percorsi riabilitativi;

d) tutte le strutture e i servizi operanti in Regione sono tenuti al rispetto del Progetto Riabilitativo di Struttura, già caratterizzato nella classificazione per tipologia, nei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi con la L.R. 28/2000 e s.m.i. "Norme in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private". Il Progetto Riabilitativo di Struttura ha ricevuto implementazione con la DGR 2753 del 30 dicembre 2005 "Approvazione manuale di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private";

e) nella DGR 670/2004 e specificatamente al capitolo 3 "Percorso riabilitativo e UVBR" sono specificati i criteri e le procedure per garantire il collegamento con i servizi socio-assistenziali territoriali nel rispetto della continuità e dell'appropriatezza degli interventi in rapporto ai bisogni. All'UVBR spetta la verificabilità dei risultati raggiunti . Il collegamento funzionale con i servizi socio-assistenziali costituisce punto specifico della fase "dimissione e follow-up" della macroarea percorso assistenziale di riabilitazione del manuale di accreditamento di cui alla DGR 2753 del 30 dicembre 2005.

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad adottare le Linee Guida entro il primo trimestre 2014, individuare strumenti e procedure operative di monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi e riferire i risultati raggiunti.

AAI.2

La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	11,7%	16,1%	10,7%	14,7%	10,2%	13,5%
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	10,8%	10,7%	6,1%	10,2%	9,3%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	15,0%	8,7%	14,7%	9,3%	13,2%	9,1%

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione Basilicata risulta sufficiente per 2 item su 5.
Per i flussi informativi veterinari risulta sufficiente (con punteggio pari al 61% e 4 indicatori vincolanti su 6), con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione. In proposito si segnala un livello insufficiente sia per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili che per i controlli riguardanti le Salmonellosi zoonotiche e la malattia di Aujeszky dei suini.
Si segnala inoltre un livello di attività inadeguato in merito al controllo ufficiale per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale, al rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo per gli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale oltre che la mancata trasmissione dei dati relativi alle somme percepite e ai costi sostenuti per l'attività di controllo ufficiale. Inoltre, non sono state formalizzate le procedure né eseguite le attività correlate previste dall'art 4(6) e dall'art 8(3) del Reg. 882/204.
La documentazione aggiuntiva che la Regione ha trasmesso, concernente l'adozione di un sistema di audit, è relativa ad alcune attività propedeutiche all'adozione del sistema di audit medesimo, al momento non rispondente ai criteri previsti dalla valutazione 2012.
La suddetta documentazione è stata accompagnata da un piano di impegni proposto dalla Regione; fermo restando l'esito non favorevole dell'istruttoria si apprezza l'impegno assunto e si prende atto delle iniziative comunicate.
La Regione viene considerata adempiente con impegno a risolvere le criticità sopra evidenziate.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
La Regione Basilicata dichiara di non aver recepito con apposito atto le Linee Guida nazionali per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini di cui all'Intesa Stato-Regioni del 4 aprile 2012. Tuttavia, la Regione dichiara di aver realizzato servizi applicativi RIS PACS installati presso la server farm regionale, che consentono di gestire un elevato quantitativo di documentazione in formato digitale; ha inoltre elaborato un progetto per la conservazione sostituiva e relativa custodia dei dati sanitari del RIS PACS regionale. La Regione ha indetto, nell'ambito delle iniziative di cui al P.O. FESR 2007-13 – Asse II - " Società della conoscenza", con DGR 1635/2011, una procedura aperta per l'acquisizione di un servizio di outsourcing per la conservazione sostituiva di dati clinici ed amministrativi della Regione stessa e delle Aziende Sanitarie regionali ed ha provveduto all'aggiudicazione del servizio di che trattasi con Determina Dirigenziale 71AK.2012/D.1814 del 11 settembre 2012.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1
ADEMPIENTE
La Regione ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare una progressiva riduzione dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR), in particolare nel corso del 2012 (16,83% nel 2012, rispetto al 15,5% dato dalla somma dei tetti 13,1%+2,4%). Nonostante gli ottimi risultati sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, nella quale la Regione è riuscita a riportare la spesa all'interno del tetto del 13,1%, la spesa farmaceutica ospedaliera è ancora molto elevata. La progressiva riduzione, nel corso dell'ultimo triennio, dell'incidenza della spesa

farmaceutica territoriale e il rispetto del tetto del 13,1%, sono dovuti al raggiungimento degli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria contenuti all'interno del "Patto della salute 2010-2012", nonché all'introduzione della quota di compartecipazione per i cittadini per l'assistenza farmaceutica territoriale e la rimodulazione del ticket per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Sul versante dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la regione Basilicata evidenzia un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR, pari, nel corso dell'ultimo anno, al doppio del tetto stabilito del 2,4% e impegnando, nel IV trimestre 2012, somme a titolo di copertura dei disavanzi per complessivi € 7.500.000,00 da erogare con successivi provvedimenti sulla base della normativa regionale vigente. La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, mai aggiornato nel corso del 2012, e mai trasmesso all'AIFA. Infine, la Regione ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, nella media rispetto a tutte le altre regioni italiane.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi ricadente nel periodo indicato.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del periodo indicato.

Calabria

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

Nel verificare la qualità dei modelli economico-patrimoniali, sono emerse squadrature sia nel confronto CE-SP, sia in termini di CE-LA. Sono stati chiesti chiarimenti in merito, forniti sdalla regione con la trasmissione di documentazione integrativa. Sono state superate le discrepanze relative al confronto CE e LA; per quanto riguarda la verifica di qualità tra CE e SP è emerso che le differenze riscontrate erano dovute ad arrotondamenti. E' stato inoltre inviato l'allegato 6 al modello LA, che risultava mancante, con la relativa riconduzione ai singoli livelli di assistenza. La Regione ha risolto l'inadempienza anche per l'anno 2011.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Per l'anno 2012 la copertura dei dati risulta buona. La qualità dei dati risulta buona ad eccezione dei flussi informativi FLS21 (assistenza farmaceutica convenzionata e assistenza domiciliare integrata), STS21 (assistenza specialistica territoriale), HSP14 (apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero), HSP24 (nido, nati immaturi) e SDO – Scheda di Dimissione ospedaliera. Per tali flussi informativi la qualità risulta sufficiente.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a migliorare la qualità dei flussi informativi FLS21 (assistenza farmaceutica convenzionata e assistenza domiciliare integrata), STS21 (assistenza specialistica territoriale), HSP14 (apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero), HSP24 (nido, nati immaturi) e SDO – Scheda di Dimissione ospedaliera.

e) Erogazione LEA

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La regione Calabria con un punteggio pari a 133 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente con impegno". Considerando che la Regione è sottoposta al Piano di Rientro si rinvia agli obiettivi stabiliti dal Piano stesso, in particolare relativamente all'assistenza semiresidenziale per disabili e all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera. Persistono delle criticità per il livello "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", in particolar modo per la vaccinazione antinfluenzale negli anziani, gli screening, la prevenzione veterinaria ed alimentare.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla Base Dati nazionale risulta che, a gennaio 2013, la Regione ha una dotazione conosciuta di 5.946 posti letto, pari a 3,04 per 1.000 abitanti, di cui 2,55 per pazienti acuti (4.992 posti letto) e 0,49 per riabilitazione e lungodegenza (954 posti letto). Risulta sanata l'anomalia in base dati 2013 per la struttura 180916 "INRCA" per la quale mancava il modello HSP.12; si segnala tuttavia che permane la necessità di effettuare la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13 nella base dati 2012 e 2013.

L'offerta dei posti letto regionali è in linea con lo standard nazionale; in relazione alla tematica, la regione risulta aver trasmesso le Delibere 106/2011, 136/2011 e 106/2012, relative ad azioni di riordino della rete ospedaliera da attuarsi sui posti letto per acuti e post acuti, in linea con il dettato normativo di riferimento.
Per quanto su esposto si ritiene superata anche l'inadempienza relativamente all'anno 2011.

F.2
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Base Dati Nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 180,83 nel 2010, di 171,77 nel 2011 e di 162,15 nel 2012.
La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, con un differenziale di 4,0 nel 2010 (29,0%), 4,8 (29,8%) nel 2011 e 4,5 nel 2012 (29,5%).
La Regione ha trasmesso il DPGR-CA n. 5/2014 inerente il trasferimento di attività ospedaliere ad altri setting assistenziali.
Il provvedimento appare in linea con la L. 135/2012 e dispone il trasferimento di alcuni DRG medici e chirurgici a setting assistenziali di minore complessità; inoltre, definisce le soglie di erogabilità di detti DRG in setting diversi, potenzialmente inappropriati. Si prende atto che, in considerazione dell'elevata quota di ospedalizzazione riferita al ciclo diurno, il provvedimento stabilisce anche di trasferire al regime ambulatoriale il DRG 410 – chemioterapia (80% valore soglia), il DGR 006 - decompressione tunnel carpale (95% valore soglia) e il DRG 039 – interventi sul cristallino (95% valore soglia).
Ciò premesso, atteso che il provvedimento è intervenuto a distanza di oltre un anno dal periodo oggetto della valutazione, si considera la Regione adempiente con impegno ad attuare con tempestività le prospettate iniziative per il raggiungimento degli standard di ospedalizzazione del 160 per mille e della relativa quota del 20-25% riferita al ciclo diurno.

g) Appropriatezza

Nella valutazione 2011 la Regione era risultata inadempiente per non aver dato piena attuazione a quanto previsto dal Patto della salute e, dunque, trasferito in regime ambulatoriale tutte le prestazioni di cui all'allegato A e fissato valori percentuali/soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i nuovi DRG ad alto rischio di inappropriatezza inclusi nell'allegato B.
Nel mese di febbraio 2014, la Regione ha trasmesso la DPGR - CA n. 5 del 3 Febbraio 2014 recante "Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera. Trasferimento attività ospedaliere in altri setting assistenziali" con la quale:

- viene disposto il trasferimento dell'erogazione delle prestazioni relative ai DRG di tipo chirurgico, riportati nell'allegato B al Patto della Salute 2010/2012, dal regime di ricovero ordinario al regime di day surgery, definendo le relative soglie di ammissibilità in ricovero ordinario (allegato 2);
- viene disposto il trasferimento dell'erogazione delle prestazioni relative ai DRG di tipo medico, riportati nell'allegato B al Patto della Salute 2010/2012, nonché delle prestazioni di ricovero per scompenso cardiaco identificate con il DRG 127, dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, definendo le relative soglie di ammissibilità in regime di ricovero, rappresentate dal tasso di ospedalizzazione benchmark per ciascun DRG (allegati 4 e 6);
- viene disposto il trasferimento dei ricoveri in discipline mediche di pazienti ultrasessantacinquenni con degenza uguale o superiore a 12 giorni, non appropriati, nei setting ambulatoriali e territoriali (allegato 7);

- viene stabilito che, qualora venga superata la soglia di ammissibilità definita, i nuclei aziendali di controllo dovranno procedere a controllare la totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti SDO attribuite ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui agli allegati 2, 4, 6 e 7;
- viene stabilito che il superamento della soglia di ammissibilità comporterà per le strutture inadempienti la valorizzazione del ricovero in day surgery per i DRG chirurgici e l'applicazione delle tariffe vigenti per la remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente a quelle erogate e documentate nella cartella clinica per i DRG di tipo medico, mentre l'effettuazione delle prestazioni in regime di ricovero, benché comprese nella soglia di ammissibilità, comporterà la decurtazione del valore tariffario del DRG nella misura del 20%;
- viene stabilito che l'applicazione di quanto previsto dal provvedimento sarà preso in considerazione per l'assegnazione degli obiettivi, per l'anno 2014, ai Direttori Generali, da valutarsi in sede di verifica annuale, ai sensi dell'art. 3 bis del D.Lvo 502/92 e s.m.i..

La Regione, per l'anno 2011, viene considerata adempiente con impegno a completare il trasferimento in regime ambulatoriale delle restanti prestazioni di cui all'allegato A al Patto per la salute.

Per l'anno 2012, la Regione si colloca in una situazione critica per il DRG 139 Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC. Il 10% dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza.

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

H.1 Monitoraggio ex post

La Regione svolge attività di monitoraggio ex post. Dai dati pervenuti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) si segnala che i seguenti campi non risultano adeguatamente coperti sia per il I che per il II semestre 2012. Infatti:

- Campo Classe priorità prestazione → 25,37% (I semestre); 34,59% (II semestre)
- Campo Garanzia tempi di attesa → 37,30% (I semestre); 37,05% (II semestre)
- Campo Prestazioni in primo accesso → 36,05% (I semestre); 27,51% (II semestre)
- Struttura sanitaria erogatrice →9,34 % (I semestre); 9,15% (II semestre)

Non è stato possibile calcolare l'indicatore dei Tempi di Attesa, previsto solo per le Regioni per le quali risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.

La Regione trasmette inoltre il DPGR-CA 141/2013 "Adempimenti urgenti per l'attuazione del Piano di Governo delle Liste d'attesa e i relativi monitoraggi", che dispone che "i DG devono obbligare i medici prescrittori ad indicare relativamente alle prestazioni ambulatoriali specialistiche la classe di priorità, il quesito diagnostico o la diagnosi e se trattasi di primo accesso o di visita di controllo, ecc e inoltre … ad adeguare i sistemi CUP esistenti…"; queste informazioni non sono sufficienti ad esprimere un giudizio pienamente adempiente per il monitoraggio ex post.

Si richiedono le motivazioni della non corretta valorizzazione dei campi indicati e di provvedere con opportune azioni.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto il monitoraggio ex ante nel corso dell'anno 2012. I dati pervenuti riguardano la rilevazione aprile 2012 e la rilevazione ottobre 2012 e risultano essere soddisfacenti.

Aprile 2012

- % garanzia Classe "B" 89,73%

- % garanzia Classe “D” 77,05%

Ottobre 2012
- % garanzia Classe “B” 97,93%
- % garanzia Classe “D” 94,46%

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero.

- Campo Data Prenotazione:
  - Regime ordinario. Campi compilati correttamente 87,09%.
  - Regime DH. Campi compilati correttamente 73,05 %
- Campo Classe di priorità:
  - Regime ordinario. Campi compilati correttamente 93,21%
  - Regime DH. Campi compilati correttamente 92,45%

H.4 Monitoraggio delle sospensioni
La Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni. Riguardo gli interventi messi in atto per fronteggiare i disagi, nella documentazione trasmessa si fa riferimento alla procedura temporanea per gestire in maniera distinta le priorità d’accesso e l’inserimento delle richieste nel sistema garantendo la trasparenza degli accessi e comunicando all’utente gli estremi di riferimento dimostrando l’effettiva presa in carico.

H.5 Monitoraggio PDT complessi
Dall’esame dei dati pervenuti risulta che il monitoraggio viene effettuato.
Solo a fini conoscitivi sono state richieste le motivazioni dei risultati del monitoraggio riguardo il PDT del Carcinoma del polmone; in risposta la Regione ha trasmesso documentazione integrativa ed in particolare la relazione “PDT Carcinoma Polmone”.

Da un ulteriore esame di quanto inviato anche nella predisposizione del nuovo Programma Operativo, e dalle informazioni ricevute durante l’ultima riunione tecnica con la Regione Calabria, si ritiene accettabile l’impegno della Regione stessa all’invio di dati congrui a quanto richiesto.

I) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea
La Regione ha evidenziato nel 2012 una spesa farmaceutica territoriale di 462 milioni di Euro, corrispondente ad un disavanzo rispetto al tetto del 13,1% del fabbisogno sanitario regionale dello 0,02% (574 mila Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2012 risulta superiore rispetto a quella inizialmente prevista dall’AIFA ai sensi dell’art.5, comma 4, della L.222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell’art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 157,8 milioni di Euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno sanitario regionale del 2,08% (+73,3 milioni di Euro).
La Regione evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 73,8 milioni di Euro. La Regione, evidenzia sia il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale che il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera; l’incidenza del ticket fisso per ricetta è di molto superiore rispetto al limite del 30% (pari al 2318,32%) dello scostamento della spesa farmaceutica territoriale rispetto al tetto del 13,1% del FSN.
Pertanto, si rinvia alla valutazione congiunta Tavolo adempimenti-Comitato LEA la compensazione dei disavanzi della spesa farmaceutica con altre voci di spesa del Servizio sanitario regionale, o di altre voci del bilancio regionale.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: CALABRIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	346.475.100,71	9,84%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	5.430.034,00	0,15%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	11.713.167,00	0,33%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	280.335,00	0,01%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	86.095.549,00	2,44%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	46.869.663,00	1,33%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	13.309.031,00	0,38%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	33.560.632,00	0,95%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**462.016.776,71**	**13,12%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	3.522.463.319,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	461.442.694,79	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	574.081,92	0,02%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		2318,32%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	451.841.210,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	246.948.000,00	7,01%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	2.284.110,00	0,06%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	294.906,00	0,01%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	426.279,00	0,01%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**157.847.156,00**	**4,48%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	3.522.463.319,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	84.539.119,66	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	73.308.036,34	2,08%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE

La Regione effettua la trasmissione e la validazione a livello regionale di tutti i flussi ad eccezione dei flussi DIRETTA, OSPEDALIERA, DISPOSITIVI, SIMES, HSP, STS, FLS per i quali è prevista la trasmissione da parte delle ASL.

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE

La Regione, oltre a descrivere l'aggiornamento delle attività relative all'adozione della contabilità analitica a livello delle singole aziende ed a livello regionale, afferma che con la DGR 578/2012 si realizzerà una contabilità analitica in tutte le Aziende del SSR, nonché un rafforzamento del ruolo delle strutture di Controllo di gestione. Le Aziende del Servizio sanitario devono ancora adottare , però, con un atto formale del Direttore generale, il proprio piano dei centri di costo e responsabilità, coerente con l'organizzazione locale ed in linea con il livello minimo di aggregazione richiesti nel Piano dei centri di rilevazione regionale. E' stato trasmesso un cronoprogramma con indicati gli anni entro i quali saranno raggiunti gli obiettivi richiesti.

Infine, si prende atto che la Regione ha trasmesso il decreto di nomina del responsabile dell'attuazione della contabilità analitica.

Alla luce di quanto affermato si può ritenere la Regione adempiente per l'anno 2011; permane tuttavia l'inadempienza per l'anno 2012, visto che l'adozione della contabilità analitica è ancora in fase di implementazione.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione risulta adempiente in base alla DGR 7762 del 29 novembre 2011, in cui viene prevista la risoluzione del contratto in caso di mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel nuovo Sistema Informativo Sanitario, che costituisce grave inadempienza ai sensi dell'art. 3, comma 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005.

Nel corso del 2012 è stato nominato il Direttore Generale dell'ASP di Reggio Calabria in conformità al contratto di lavoro redatto secondo lo schema della suddetta DGR.

p) Dispositivi medici

P.1

INADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i. Non stati inviati i dati relativi a tutti i mesi per tutte le aziende sanitarie della Regione.

Nel NSIS non sono presenti i dati relativi alle aziende sanitarie di seguito riportate:

-180202 A.S.P. Crotone (Gennaio-Luglio 2012);

-180204 A.S.P. Vibo Valentia (Gennaio-Marzo 2012 E Novembre 2012);

-180205 A.S.P. Reggio Calabria (Gennaio-Dicembre 2012);

-180912 Azienda Ospedaliera Di Cosenza (Gennaio-Dicembre 2012);

-180914 Mater Domini (luglio 2012);

-180916 INRCA - C.DA Muoio Piccolo (gennaio-dicembre 2012).

P.2-P.3

La Regione risulta poco coinvolta dalle problematiche di settore e relativamente presente alle riunioni del Gruppo di Lavoro Nazionale (3/6), costituito ai fini dell'implementazione del corretto avvio dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici.

Le attività finalizzate alla diffusione delle informazioni relative agli artt. 5 e 6 del Decreto del Ministero della salute 21 dicembre 2009, e più in generale di tutto il sistema Banca Dati e Repertorio agli operatori delle strutture sanitarie del territorio di competenza, non risultano particolarmente seguite. Si ritiene che in tali situazioni sia da identificare la causa del mancato adempimento alla corretta alimentazione dei flussi da parte delle singole strutture del territorio di competenza.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

Il punteggio totale riportato dalla Regione è di **2** punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale del disabile: 0 punti

Offerta assistenziale: 0 punti (non raggiunge il punteggio minimo necessario)

Ripartizione degli oneri: non valutabile

Fornitura dati posti letto: 2 punti .

In data 20 novembre 2013 la Regione specifica che attualmente solo la ASL di Catanzaro ha adottato la SVAMDI con atto aziendale, prevedendo la costituzione di un gruppo per la definizione della presa in carico condivisa, anche con la partecipazione di operatori di strutture private; allega inoltre la relazione di accompagnamento di un disegno di legge del maggio 2013 di modifica degli artt. 17 e 18 della L.R. 22/2007.

Con riferimento alle inadempienze degli anni precedenti, la documentazione trasmessa per la verifica 2012 non modifica la valutazione di inadempienza con rinvio al Piano di rientro.

Per l'anno 2012 la Regione risulta inadempiente con rinvio al Piano di rientro; per superare l'inadempienza la Regione deve ampliare l'offerta della rete territoriale residenziale e semiresidenziale per pazienti non autosufficienti e pazienti disabili; deve inoltre adeguare al DPCM 2001 la normativa regionale (art. 17 e 18 della L.R. 22/2007) in materia di compartecipazione agli oneri delle prestazioni di assistenza sociosanitaria.

S.3

INADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta inadempiente in quanto non garantisce la completezza territoriale. Si segnala, inoltre, la presenza di molti record scartati in entrambi i tracciati. Si precisa inoltre che la valutazione di tale punto, come riportato nel Questionario LEA, è ad opera della Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario del Ministero della salute, pertanto la Regione non è tenuta ad effettuare alcuna valutazione in merito alla consistenza della banca dati SIAD.

S.4

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato. Relativamente alla completezza territoriale si segnala la presenza di molti scarti da parte di quasi tutte le ASL e in riferimento alla qualità dei contenuti informativi si evidenzia una criticità in relazione alla valorizzazione della ASL di residenza. Si precisa inoltre che la valutazione di tale punto, come riportato nel Questionario LEA, è ad opera della Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario del Ministero della salute, pertanto la Regione non è tenuta ad effettuare alcuna valutazione in merito alla consistenza della banca dati FAR.

La Regione risulta adempiente con impegno a risolvere le criticità rilevate.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE
La Regione ha previsto abbattimenti tariffari oltre il valore soglia del 60° giorno per il ricovero di lungodegenza con Delibera Regionale 331 del 1 giugno 2007 allegato A, il cui contenuto è stato riconfermato nel Decreto del Presidente della Giunta Regionale, in qualità di Commissario ad acta, del 6 ottobre 2012 n. 12, con il quale sono state rideterminate le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera.

u) Piano nazionale della prevenzione

INADEMPIENTE
Il valore dell'adempimento risulta pari a 65 ovvero inferiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.

- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: ADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: ADEMPIENTE
- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza: INADEMPIENTE
- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: INADEMPIENTE
  Il Piano Regionale di Prevenzione 2010/2012, previsto dal PNP (Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 29 aprile 2010), approvato dalla Regione Calabria, prevede l'erogazione di un finanziamento ad ogni Azienda Sanitaria Provinciale, al fine di incentivare le attività di prevenzione ed ispettive del personale dei servizi PISAL. Sono stati programmati acquisti di attrezzature (PC fissi e portatili, fotocopiatrici, stampanti, auto di servizio in leasing, etc). Con Decreto Dirigenziale del 14 gennaio 2011 n. 157 sono state approvate le schede esecutive dei progetti/programmi contenuti nel Piano Operativo del PRP 2010/2012, da attuare da parte delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. Nella macroarea "Prevenzione Universale" sono stati previsti progetti e programmi di competenza dei Servizi PISAL delle AA.SS.PP. E' stata raggiunta la copertura di 4,11% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi in un anno, inferiore al valore soglia del 5%.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione dichiara che fa propri i manuali di accreditamento Provider approvati in sede di Conferenza Stato-Regioni.
A tal proposito si fa presente che l'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012 dispone, tra l'altro, che l'accreditamento dei provider debba essere effettuato in base ai requisiti minimi condivisi definiti nelle "Linee guida per i manuali di accreditamento dei provider", sulla base delle quali dovranno essere definiti i manuali dei rispettivi Enti accreditanti.

Inoltre, in base al su indicato Accordo, i Manuali di accreditamento Provider adottati dalle Regioni e Province Autonome saranno sottoposti alla valutazione di congruità da parte della Commissione Nazionale per la Formazione Continua.
Pertanto, la Regione viene considerata adempiente con l'impegno ad adottare un proprio manuale di accreditamento.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE
X.1 Formalizzazione di una metodologia/procedura per il monitoraggio, nelle aziende sanitarie ed ospedaliere, dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale.
La Regione, sebbene non abbia formalizzato una procedura specifica per il monitoraggio dell'implementazione delle suddette linee guida, ha proseguito l'attività di monitoraggio dell'anno precedente; nello specifico, era stato attivato un gruppo di lavoro con il compito di monitorare i PDT relativi al controllo del dolore toracico e allo scompenso cardiaco.

X.2 Monitoraggio dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale nell'anno 2012.
La Regione dichiara che il monitoraggio è stato effettuato in tutte le Aziende sanitarie provinciali e ospedaliere.

X.3 Esistenza a livello regionale di una funzione (ufficio/servizio/gruppo di lavoro) che svolge regolarmente la raccolta e l'analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.
La Regione dichiara che la struttura regionale che acquisisce i dati del monitoraggio, condotto a livello aziendale dai clinical risk manager, è rappresentata dal Settore Area Staff del Dipartimento della salute, che provvede anche a controllare periodicamente l'andamento dei lavori.

y) LEA aggiuntivi

INADEMPIENTE
La Regione dichiara di erogare numerose prestazioni non incluse nei Lea (prodotti aproteici, assistenza economica, prestazioni riabilitative - Metodo Doman). In data 29 ottobre 2012 la Regione aveva trasmesso la L.R. n. 8/99 con la quale vengono assunti a carico del bilancio regionale rimborsi per le spese di viaggio connesse ad interventi di particolare importanza, cui debbano sottoporsi gli assistiti.
Con L.R. n. 47/2011 la Regione al fine di garantire la copertura finanziaria dei debiti pregressi contratti nei confronti dei beneficiari della legge n. 8/99 autorizza per il biennio 2012-2013 la spesa di € 3.015.935,06
Non viene trasmesso il provvedimento ricognitivo.
La Regione, essendo in Piano di rientro, non può garantire prestazioni ulteriori; viene pertanto dichiarata inadempiente.

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE
Nell'anno 2012 la Regione ha posto in essere, ai sensi delle Ordinanze del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 dicembre 2007 e del 19 marzo 2008, il programma di azione commissariale denominato: "Programma di potenziamento funzionale e innovazione tecnologica per le Aziende Ospedaliere di Catanzaro, Cosenza".

Il programma è stato autorizzato e le risorse a carico dello Stato sono pari ad Euro 99.891.258,35.
La regione ha rispettato lo standard previsto.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione dichiara di aver completato l'iter di accreditamento, tuttavia afferma che sono in valutazione ancora alcune strutture.
La Regione viene considerata adempiente con impegno a concludere la procedura e dare comunicazione sull'esito finale coerentemente con i fabbisogni definiti con il Piano di rientro.

aj) Sperimentazioni gestionali

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali dichiarando che, alla data del 31 dicembre 2012, non sono attive sperimentazioni gestionali; ha inoltre dichiarato di non aver legiferato in materia.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR
La Regione ha dichiarato di non aver emanato il Piano di riorganizzazione della rete laboratoristica, pubblica e privata, e di non aver normato il service di laboratorio.
Si rileva comunque un impegno nell'attività di monitoraggio dei dati poiché, a differenza degli anni passati, la Regione è stata in grado di fornire la maggior parte delle risposte ai quesiti del Questionario relativi alla medicina di laboratorio.

am) Controllo cartelle cliniche

INADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso il report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche in cui vengono elencati i criteri adottati per l'identificazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza da sottoporre al controllo dei Nuclei Operativi di Controllo.
La Regione, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella tabella 1 (Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 34.665 controlli, pari al 15,31% del totale mentre effettua per le strutture private accreditate 32.814 controlli pari al 57,90%; a tal proposito si ricorda che ai sensi del DM del 10.12.2009 il controllo analitico casuale del 10% delle cartelle cliniche deve essere assicurato per ciascun soggetto erogatore.
In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) la Regione sia per le strutture pubbliche che per le strutture private assicura una percentuale di controlli superiore alla soglia del 2,5% sulla totalità delle cartelle cliniche.
Riguardo le misure adottate, solo per le strutture private, la Regione riporta nelle tabelle 1 e 2 i valori dell'abbattimento tariffario successivo ai controlli.
Per le strutture pubbliche, la Regione dichiara che gli abbattimenti tariffari successivi ai controlli non sono stati definiti, non essendo le suddette strutture finanziate a prestazione. La Regione, inoltre, dichiara che provvederà a breve a formalizzare con un atto definito le sanzioni da applicare.

La Regione fornisce inoltre chiarimenti per la mancanza di controlli relativamente alle strutture P.O. di Scilla e alle Case di Cura neuropsichiatriche.
La Regione in conclusione si impegna per l'anno 2013 a fornire i dati completi rispettando le percentuali per ogni singola struttura; si prende atto dell'impegno profuso dalla Regione.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
Sono stati richiesti chiarimenti alla Regione in merito alla mancata coincidenza tra il dato dichiarato nella certificazione ed il valore immesso nel NSIS. Da quanto dichiarato è emerso che sono stati commessi errori nella contabilizzazione della spesa protesica da parte delle aziende.
E' inoltre in fase di emanazione una direttiva rivolta a tutte le aziende sulle corrette modalità di contabilizzazione del modello LA con particolare riguardo alla spesa relativa all'assistenza protesica.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE
Si rileva la positiva azione della Regione nel percorso di attuazione degli adempimenti in tema di cure palliative e terapia del dolore.
In riferimento alla tabella degli indicatori relativi agli standard qualitativi, quantitativi e strutturali della rete assistenziale palliativa, nel raccomandare che, ove applicabile, venga fornito il dato percentuale oltre al valore numerico assoluto, si sottolinea la rilevanza delle azioni di consolidamento dei flussi informativi (SIAD, Hospice) ai fini del costante miglioramento della qualità dei dati di cui si tratta.

AO.2
ADEMPIENTE
Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice") la Regione non ha inviato un Piano di adeguamento ma ha inviato i dati del III e IV trimestre 2012 e del I e II trimestre 2013.

AO.3
ADEMPIENTE
Esaminata la documentazione relativa al Questionario per l'anno 2012 in relazione alle attività inerenti l'attivazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia, la Regione viene considerata adempiente**.**

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE
Gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl hanno consentito nel 2012 la dimissione di almeno il 50% degli internati in OPG per i quali è stata disposta la proroga della misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno (come da Accordo approvato in Conferenza Unificata, il 26 novembre 2009).
La Regione ha formalmente individuato strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali (ad esempio invio in CT - Comunità Terapeutica) dei minori accolti dai CPA (Centri di Prima Accoglienza)

La Regione ha programmato e attivato all'interno di almeno uno degli Istituti penitenziari, una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale.
La documentazione pervenuta per il 2012 consente alla Regione di superare l'impegno per l'anno 2011.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE
AS.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali.
La Regione ha disposto il recepimento delle raccomandazioni ministeriali attraverso diverse delibere con le quali dispone anche il monitoraggio.

AS.1.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici.
La Regione ha effettuato una ricognizione dalla quale emerge che solo in 3 Aziende ospedaliere l'allestimento dei farmaci antiblastici è centralizzato ed in 1 Azienda Sanitaria provinciale è in fase di attivazione.

AS.1.3 Iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari relative alle Raccomandazioni ministeriali
La Regione trasmette l'elenco delle iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari in materia di gestione del rischio clinico, organizzate dalle Aziende sanitarie provinciali e Aziende ospedaliere.

AS.2 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria.
La Regione ha disposto che tutte le UO chirurgiche pubbliche e private accreditate utilizzino la Checklist di sala operatoria.

AS.3 Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES.
La Regione allega la DGR 369/2009, con la quale viene disposto il caricamento degli eventi sentinella.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

La Regione ha trasmesso la documentazione prevista dall'adempimento in oggetto, anche se non ha rispettato la tempistica (26 giugno 2013).

Si segnala che la relazione di accompagnamento non rispetta il format ex Decreto del 1 marzo 2013 e la relazione risulta essere sottoscritta dal responsabile del coordinamento e da un altro soggetto responsabile del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC).

Si fa presente, inoltre, che nella relazione di accompagnamento la Regione segnala l'intenzione di attivare revisioni limitate su tutte le aree e obiettivi ipotizzati dal piano stesso. Tali attività saranno affidate ai Collegi sindacali dei singoli enti del Servizio Sanitario Regionale agli Uffici della Regione e al terzo certificatore della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA).

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che nel proprio territorio regionale sono implementati 7 CUP (per un totale di nove Aziende) e che sta proseguendo con le attività di integrazione di alcuni CUP di livello aziendale con quelli di livello ASP.

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

INADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Salute mentale relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, risulta che la Regione ha inviato parzialmente solo i dati riferiti a due ASL (204 e 205).

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Dipendenze relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS alla data odierna, si riscontra una notevole diminuzione di utenti privi del contatto. Inoltre relativamente al tracciato MHX si registra un'integrazione delle informazioni riferite alle ASL 201, 202, 203 e 205.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

INADEMPIENTE
La Regione dichiara che il Sistema regionale di Fascicolo Sanitario Elettronico è unico ed integra i singoli Fascicoli Aziendali. Dichiara inoltre che la copertura è totale ma non fornisce alcuna indicazione quantitativa sul livello di implementazione del Fascicolo per singola azienda né la tipologia di documenti integrati nel Fascicolo. La Regione ha istituito con il Decreto n.13 del 14 marzo 2012 una Task Force per la creazione di un Sistema Integrato di Sanità Elettronica, con il compito, tra l'altro, di implementare il sistema regionale del FSE, ma non sono chiare le finalità di tale gruppo di lavoro. La documentazione integrativa inviata dalla Regione non consente di chiarire i suddetti aspetti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
AAE.1
La documentazione inviata attesta la rispondenza a quanto richiesto nel Questionario relativamente all'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, ma il decesso di un paziente per trasfusione contaminata, verificatosi presso l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, ha evidenziato carenze strutturali ed organizzative che impongono un urgente monitoraggio da parte della Regione sulla effettiva attuazione dei requisiti previsto dall'Accordo.
In particolare, come segnalato nel corso dei sopralluoghi effettuati dal Centro Nazionale Sangue, si invita la Regione a voler provvedere con urgenza alla nomina del direttore del Servizio Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliera al fine dell'effettiva applicazione della rimozione delle criticità segnalate e delle disposizioni vigenti.

AAE.2
La Regione comunica che i fondi assegnati non sono stati utilizzati, e che sono in via di impegno i fondi per la realizzazioni di corsi di formazione.
Il requisito relativo all'attribuzione delle funzioni alla SRC, risulta soddisfatto.

AAE.3
La Regione ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012.
Si dichiara che è ancora in via di elaborazione il documento di riorganizzazione della rete trasfusionale relativo alla concentrazione delle attività diagnostiche di qualificazione biologica delle donazioni.

Alla luce di quanto sopra, la Regione viene considerata adempiente con impegno alla nomina del Direttore del SIT dell'Azienda di Cosenza.

<u>aaf) Percorso nascita</u>

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
AAF.1
La Regione Calabria ha inviato al Comitato Percorso Nascita Nazionale la relazione richiesta circa lo stato di attuazione delle linee di indirizzo dell'Accordo del 16 dicembre 2010 specificamente individuate dal Questionario LEA, supportata da alcuni decreti di Giunta.
La documentazione trasmessa dà atto della chiusura di 9 punti nascita, 4 individuati dal Decreto del presidente della Giunta Regionale n. 26 del 16 novembre 2010 (riassetto della rete dei punti nascita a seguito di valutazione del rischio clinico dei singoli punti nascita) perché al di sotto dello standard di 500 parti l'anno, 1 chiuso per DPGR 78 del 4 agosto 2011 in quanto carente dei requisiti e altri 4 disattivati autonomamente dall'ASP Cosenza per l'impossibilità di garantire prestazioni adeguate.
La relazione pervenuta fa riferimento al DPGR 28 del 21 marzo 2012 in cui si approvano due documenti: il Diario della Gravidanza, adottato dalle Aziende sanitarie di Cosenza, Crotone, Catanzaro, Vibo Valentia e nelle AO di Cosenza e Catanzaro, nel quale tuttavia non è presente il cronoprogramma relativo all'attivazione del diario nell'AO di Reggio Calabria e nelle altre strutture sanitarie che fanno capo all'ASP di Reggio Calabria, e le Linee Guida per la riorganizzazione dei punti nascita, nelle quali viene fornita una tabella della riorganizzazione dei punti nascita secondo la suddivisione in due livelli prevista dall'Accordo del 2010, senza però alcuna delucidazione circa lo stato dell'arte e la tempistica di tale ridefinizione, né dello stato dell'arte relativo all'adeguamento delle UUOO interessate al percorso nascita agli standard previsti dall'Accordo.
In merito all'attivazione di STAM e STEN la relazione riporta che, con DGR 255/2011, si è dato mandato alle Aziende sanitarie e ospedaliere di "porre in atto il completamento e la messa a regime del trasporto neonatale e l'organizzazione del trasporto materno assistito" e che tale messa a punto è in attesa delle specifiche Linee Guida emanate dal Ministero. A tal riguardo si rappresenta che nel DPGR 28 del 21 marzo 2012 è previsto che la rete del SUEM 118, con le sue articolazioni di Punti di Primo Intervento e di Postazioni di Emergenza Territoriale, in coordinamento con i centri Spoke e Hub, deve assicurare lo STAM e lo STEN; ne discende che la Regione ha già al riguardo atti programmatori, della cui tempistica di attuazione deve dar conto al Ministero. Si sottolinea che le Linee Guida sono indicazioni fornite alle Regioni che tuttavia hanno l'obbligo, in primis, di attivare il sistema di trasporto assistito materno e di emergenza neonatale.
Relativamente all'integrazione ospedale-territorio, si dà atto che la Regione monitorizza i 70 consultori presenti attraverso una scheda telematica elaborata e che il DPGR n.28 del 21 marzo 2012 parla di riqualificazione della rete consultoriale, sulla base delle indicazioni presenti nell'Accordo. Tuttavia non si evince lo stato di attuazione di questa riorganizzazione; infatti nella

relazione si fa riferimento esclusivamente a corsi di accompagnamento alla nascita in alcuni consultori dell'ASP di Reggio Calabria e all'ambulatorio per la gravidanza fisiologica attivo in un consultorio (Melito Porto Salvo) . Anche rispetto alla problematica della partoanalgesia, si prende atto di quanto affermato nella relazione circa l'attivazione di un progetto dell'ASP di Cosenza volto a offrire tale opzione a "donne che non sono in grado di affrontare serenamente l'eventualità del travaglio", tuttavia si chiedono chiarimenti sia in merito a tale affermazione, sia all'attivazione nelle altre strutture sanitarie delle procedure di controllo del dolore in travaglio e parto. Si prende atto che, rispetto alla tematica della formazione degli operatori sono stati implementati corsi di formazione sul tema del percorso nascita.

AAF.2

La Regione dichiara di non aver effettuato deroghe rispetto a quanto previsto dall'Accordo.

Successivamente la Regione ha trasmesso documentazione integrativa che permette di rilevare come, relativamente al punto "Integrazione ospedale- territorio", la rete consultoriale è attiva in tutte le ASP e nelle stesse è stato attivato il Diario della Gravidanza; ha inoltre proceduto all'attivazione degli Ambulatori della Gravidanza Fisiologica presso i Consultori facenti capo ai Punti Nascita dismessi e in quelli dove più necessaria è risultata la richiesta dell'utenza, utilizzando anche personale proveniente dagli ospedali con Punti Nascita non più operanti.
Relativamente alle Linee Guida per la riorganizzazione dei punti nascita, approvate con DPGR n.28 del 21 marzo 2012, non però vengono fornite ulteriori delucidazioni circa lo stato dell'arte e la tempistica di tale ridefinizione, né dello stato dell'arte relativo all'adeguamento delle UUOO interessate al percorso nascita agli standard previsti dall'Accordo. Nulla viene riferito circa l'attivazione di STAM/STEN per il quale la Regione ha già atti programmatori, così come dichiarato, ma la cui tempistica di attuazione manca nella documentazione trasmessa. Rispetto alla problematica della partoanalgesia, si prende atto di quanto affermato dalla Regione circa la progressiva attivazione del progetto dell'ASP di Cosenza, volto a offrire tale servizio, in altre ASP e AO, che risente del ritardo legato alla difficoltà di reperire anestesisti per varie motivazioni.
La Regione viene considerata adempiente con impegno all'invio delle informazioni richieste.

<u>aag) Emergenza-urgenza</u>

AAG.1

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Regione ha individuato in maniera dettagliata la rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza. Ha identificato la rete dell' emergenza territoriale nelle sue articolazioni e le modalità di integrazione con la componente ospedaliera, anche se il sistema risulta essere ancora non completato perché legato ai processi di riconversione degli ospedali. Sono in corso valutazioni al fine di ridurre il numero delle Centrali Operative 118, da cinque a tre. Per quanto attiene all'articolazione ed attivazione delle reti ad alta complessità vengono presentate le reti cardiologica e neurologica ed il percorso del trauma, indicando l'atto formale istitutivo. Non si forniscono dettagli sulla rete della patologia cardiovascolare, mentre per la rete del trauma è prevista la realizzazione entro il 31 dicembre 2013.
Sono necessari maggiori dettagli sullo stato di attuazione delle modalità di integrazione tra emergenza preospedaliera ed ospedaliera, sui Punti di primo Intervento e sulle reti delle patologie tempo-dipendenti.

AAG.2

INADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato del flusso "118" ma non

garantisce la completezza territoriale in riferimento al flusso “Pronto soccorso”. Inoltre, relativamente alla qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS, si rileva per il 118 una criticità nella valorizzazione della prestazione principale della tabella D. Si precisa inoltre che la valutazione di tale punto, come riportato nel Questionario LEA, è ad opera della Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario del Ministero della salute, pertanto la Regione non è tenuta ad effettuare alcuna valutazione in merito alla consistenza della banca dati EMUR.

AAG.3

INADEMPIENTE

La Regione presenta un valore dell'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" pari a 24 (valore normale <=18; scostamento minimo accoglibile 19-21), in diminuzione rispetto all'anno 2011, nel quale il valore era pari a 25, comunque sempre al di sopra del valore minimo accoglibile.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

La Regione fornisce un quadro sinottico delle forme associative della Medicina Generale presenti sul territorio regionale al 31/12/2012, distinte per ogni singola ASP, indicando il numero dei medici coinvolti. A tale proposito precisa che intende favorire il pieno sviluppo delle forme associative sia attraverso la trasformazione delle forme semplici in forme associative di rete, di gruppo e mista sia attraverso l’istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che si configurano come un sistema di relazioni tra i vari professionisti che vi partecipano estremamente flessibile e compatibile con i diversi modelli di erogazione dell’assistenza presenti nel territorio.

Relativamente ai modelli organizzativi complessi per l’erogazione delle Cure Primarie, si evince che nel 2012 risultano attivati sei Nuclei di Cure Primarie (NCP) costituiti dai Medici di Assistenza Primaria (120 MMG) integrati con le postazioni di Continuità Assistenziale. In tale ambito è prevista la gestione dei codici bianchi e delle patologie croniche nonché l’utilizzo di strumenti informatici per la gestione dei dati del paziente (scheda sanitaria individuale - telemedicina e teleconsulto).

aai) Riabilitazione

AAI.1

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

In merito ai singoli punti oggetto di valutazione, riportati nelle Note di compilazione del Questionario, si evidenzia quanto segue.

a) La Regione riferisce che le attività di pubblicizzazione del Piano sono rappresentate da tre convegni svoltisi a Catanzaro - novembre 2012, Cosenza – 4-5 marzo 2013, Crotone – 7-8 giugno 2013. Sono allegati alla relazione due dei tre programmi.

b) Si sta procedendo ad una mappatura specifica delle strutture pubbliche e private in modo da suggerire alle varie aziende un più razionale utilizzo delle risorse esistenti e la loro riarticolazione in maniera più rispondente alla necessità epidemiologica. Nell’ambito della ASP di Catanzaro è in corso una sperimentazione che realizza il percorso unico riabilitativo per l’ictus cerebrale.

c) L’utilizzo del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) è già esistente nella Regione Calabria (in attuazione delle Linee Guida del 1998) ma presenta modalità non univoche. Si dovrà passare da un PRI per singole attività ad un progetto riabilitativo individuale della rete da realizzare in ogni fase dalla struttura operativa che in quel momento realizza la presa in carico.

d) Il Gruppo di lavoro (Gdl) ha preso atto della criticità da parte delle strutture riabilitative nel formulare un loro progetto di struttura.

e) Il Gdl sta procedendo al riesame dei percorsi relativi ad una serie di tipiche condizioni di disabilità successive sia ad eventi acuti (ictus cerebrale, frattura del collo del femore, protesizzazione elettiva d'anca e di ginocchio) sia a patologie ad andamento cronico quali la sclerosi multipla e il morbo di Parkinson. Nell'ambito di tali percorsi sono indicate: 1) le modalità di continuità e di coordinazione tra le diverse tipologie di intervento. Sono indicati i criteri di scelta dei più idonei setting e i criteri di accesso e di uscita dal percorso sanitario riabilitativo; 2) i criteri temporali e clinico riabilitativi di appropriatezza degli interventi stessi con riferimento all'utilizzo della classificazione Internazionale del Funzionamento della disabilità (ICF) durante tutto il percorso. La verificabilità dei risultati sarà garantita da una serie di indicatori individuati nell'ambito dei citati percorsi nonché dalle variazioni nella classificazione ICF delle persone prese in carico.
La Regione risulta adempiente con impegno a produrre dati per verificare l'effettività dei provvedimenti adottati.

AAI.2
La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	17,1%	16,1%	16,7%	14,7%	12,7%	13,5%
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	20,2%	10,7%	12,0%	10,2%	7,9%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	15,9%	8,7%	12,0%	9,3%	10,6%	9,1%

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE
La Regione risulta adempiente in quanto sufficiente per 4 item su 5.
L'adempienza dà evidenza dell'impegno posto dalla Regione nell'adozione degli strumenti - quali l'attività di audit sulle AC - in grado di incidere strutturalmente nel medio/lungo periodo sulle inadeguatezze dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nell'ambito della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare.
Ciò detto, gli indicatori di performance segnalano comunque la permanenza di forti criticità riguardo al raggiungimento di importanti obiettivi sanitari: si segnala in particolare, un livello di attività insoddisfacente per il controllo della Tubercolosi, della Brucellosi nella popolazione animale, di attuazione del Piano Nazionale Residui e della % dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione (30,8%).
Anche l'esame dei flussi informativi veterinari, fermo restando la raggiunta sufficienza (con punteggio pari al 81% e 4 indicatori vincolanti su 6), con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione, dà evidenza di un livello insufficiente sia per le attività di inerenti il Piano Nazionali Mangimi, che per la farmacosorveglianza e per i controlli riguardanti le TSE negli ovicaprini, e l'anagrafe degli ovicaprini. Si segnalano inoltre insufficienze in merito al

rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo per gli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale, i flussi informativi relativi agli audit sulle autorità competenti e alla la mancata trasmissione dei dati relativi alle somme percepite e ai costi sostenuti per l'attività di controllo ufficiale.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Inizialmente la Regione aveva dichiarato di non aver recepito con apposito atto le Linee Guida nazionali per la dematerializzazione clinica in diagnostica per immagini di cui all'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 4 aprile 2012. Inoltre, la dichiarazione riportata nel Questionario LEA "*la Regione sta approntando un progetto di Teleradiologia da finanziarsi con Fondi POR-FESR essendoci una specifica linea di intervento (Telemedicina) sui finanziamenti Europei 2007 – 2013. Il progetto e la documentazione di gara sono pronti e sono stati redatti con l'aiuto dell'università di Catanzaro Cattedra di Diagnostica per Immagini. Per motivi burocratici non inerenti il Dipartimento Tutela della Salute il progetto non è stato ancora avviato alle procedure di gara. Nel progetto si prevede il recepimento delle Linee Guida dell'Intesa del 4 aprile 2012. Nel caso vi fossero ulteriori ritardi sarà cura della Task Force sulla Sanità Elettronica farsi carico del recepimento della normativa*" evidenziava come la Regione rinviasse impropriamente l'adozione delle Linee Guida nell'ambito della realizzazione di un progetto invece che demandarla ad apposito atto.

Successivamente la Regione ha comunicato il recepimento delle Linee Guida di cui all'Intesa del 4 aprile 2012 con il DPGR 117 del 31 luglio 2013 e pertanto può essere considerata adempiente.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

ADEMPIENTE

La Regione ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare una riduzione dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul fabbisogno sanitario regionale (FSR) nel corso del triennio 2010-2012. Sebbene quest'ultima superi ancora il tetto prefissato in corrispondenza del 15,5% del FSR (17,6% dato dalla somma del 13,12% per l'assistenza territoriale e del 4,6% per l'assistenza ospedaliera), la Regione ha raggiunto ottimi risultati sul versante dell'assistenza territoriale, riportando la spesa in prossimità del tetto del 13,1%, mentre ha ancora importanti margini di miglioramento per quanto riguarda la spesa ospedaliera. Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica territoriale la Regione, soggetta a Piano di Rientro, per il triennio 2010-2012, ha ottenuto una riduzione della spesa farmaceutica territoriale tramite una serie di interventi di regolamentazione dell'assistenza farmaceutica regionale incentrati principalmente sulla razionalizzazione della spesa, attraverso la definizione di indicatori di controllo per il monitoraggio delle prescrizioni (numero di ricette per singolo medico e singolo paziente e numero di pezzi prescritti), l'approvazione di Linee Guida di appropriatezza prescrittiva vincolanti per le categorie di farmaci a maggior consumo, prediligendo la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto, e attraverso il rinnovo del protocollo d'intesa DPC, centralizzandone il funzionamento e individuando come Azienda unica capofila la ASP di Cosenza. L'impatto economico dei singoli provvedimenti è riconducibile al risparmio stimato nella DGR 845/2009, che per la farmaceutica convenzionata prevedeva un risparmio di circa 82 mln di Euro nel triennio. Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la Calabria evidenzia un andamento variabile dell'incidenza della spesa sul FSR, nonostante le numerose misure di governo della spesa adottate (come la definizione di linee guida vincolanti per le categorie di farmaci che maggiormente

incidono sulla spesa, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo nell'ambito del rispetto delle soglie di appropriatezza, già individuate con DPGR 17/2010 su indicazione dell'AIFA e la rinegoziazione dell'Accordo Quadro dei farmaci PHT con le Aziende Farmaceutiche). Il risparmio per la farmaceutica ospedaliera pari a circa 14 mln di Euro, è riconducibile al risparmio stimato nella DGR 845/2009, ma comunque insufficiente. Nel complesso, dai provvedimenti inseriti nel Questionario Lea, emerge un importante lavoro della Regione sul versante del governo della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera. Questa attività ha evidenziato effetti positivi sulla spesa farmaceutica negli ultimi 3 anni, registrando una variazione dell'incidenza della spesa farmaceutica regionale dal 19,3% al 17,6% del FSR.
La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, aggiornato però una sola volta nel 2012 e non trasmesso all'AIFA come previsto.
Infine, la Regione ha garantito l'accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in largo anticipo di rispetto ai tempi medi nazionali.

AAL.2
INADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i. Non stati inviati i dati relativi a tutti i mesi per tutte le aziende sanitarie della Regione.
Nel NSIS non sono presenti dati relativi alle aziende sanitarie di seguito riportate:

- 180202 A.S.P. Crotone (ottobre 2012: distribuzione diretta);
- 180205 A.S.P. Reggio Calabria (ottobre-dicembre 2012: distribuzione per conto; gennaio-dicembre 2012: distribuzione diretta);
- 180915 Az. Osp. Bianchi Melacrino Morelli (novembre 2012 : distribuzione diretta).

AAL.3
INADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i. Non stati inviati i dati relativi a tutti i mesi per tutte le aziende sanitarie della Regione. Nel NSIS non sono presenti dati relativi all'azienda sanitaria 180205 A.S.P. Reggio Calabria (aprile-dicembre 2012).

Campania

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Nel verificare la qualità dei modelli economici, si evincono squadrature nel confronto CE-LA, in termini di mobilità intra ed extraregionale.

Ai fini degli adempimenti LEA, è necessario garantire il corretto consolidamento dei bilanci degli enti del SSR. A tal proposito, in relazione alle poste R del CE, si richiama quanto emerso in sede di tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 25 luglio 2013 ovvero si richiama la struttura commissariale ad adottare le iniziative necessarie per assicurare il corretto processo di consolidamento. Inoltre si evidenzia un differenziale di consolidamento ascrivibile alle poste non R di CE pari a circa 40,629 €/mln. Emerge, infine, un differenziale di consolidamento pari a 2,588 €/mln nel modello SP. La Regione ha dato spiegazioni in merito ai differenziali di consolidamento, ma le cifre indicate nella nota trasmessa, in merito a tale problematica ,non sono coerenti con quanto è stato segnalato.

Sulla base di quanto dichiarato e visto che la Regione ha provveduto alla chiusura dei Bilanci per il 2012, si ritiene la stessa adempiente con impegno per il 2013 a superare le squadrature in termini di mobilità e ad adoperarsi per effettuare un corretto consolidamento ai sensi del D.lgs 118/2011.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La copertura dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sui dati degli Screening oncologici che non sono stati inviati entro la data prevista e sul flusso informativo SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera - compilazione dei nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010). In particolare si segnalano criticità nella copertura dei nuovi campi: “classe di priorità” e “livello di istruzione”.

La qualità dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sui flussi informativi Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP) e SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera - compilazione dei nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010). In particolare si segnalano criticità nella copertura dei nuovi campi: “classe di priorità”, “livello di istruzione” e “data di prenotazione”.

La Regione deve integrare la banca dati NSIS e dare riscontro all’Ufficio di Statistica del Ministero della salute sulle segnalazioni relative ai flussi informativi. Deve in particolare eliminare le criticità nei flussi informativi Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP), SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera - compilazione dei nuovi campi (D.M. 135 del 8 luglio 2010).

e) Erogazione LEA

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La regione Campania con un punteggio pari a 117 (range -25 -225) si colloca in una situazione “critica”. Considerando che la Regione è in Piano di Rientro si rinvia agli obiettivi stabiliti dal Piano stesso, in particolare, relativamente all'assistenza residenziale per anziani e disabili, all'assistenza per malati terminali ed all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera (su tale aspetto la Regione invia il "Documento di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale nelle fratture di femore nel paziente anziano" approvato con Decreto del Commissario ad acta n.132 del 31.12.2013; gli effetti di tale azione sul relativo indicatore "percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario" saranno valutati nel corso dell'anno di verifica 2013). Persistono delle criticità per il livello "Assistenza sanitaria collettiva

in ambiente di vita e di lavoro", in particolar modo per la vaccinazione antinfluenzale per anziani e gli screening.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

Dalla Base Dati nazionale risulta che, a gennaio 2013, la Regione Campania ha una dotazione di 18.478 posti letto, pari a 3,20 per 1.000 abitanti, di cui 2,91 per pazienti acuti (16.762 posti letto) e 0,30 per riabilitazione e lungodegenza (1.713 posti letto).

Si segnala che la Regione deve effettuare la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13.

La Regione ha trasmesso un programma di riconversione delle case di cura neuropsichiatriche "in strutture territoriali ovvero ospedaliere post acute di cui la regione è carente". Il documento in questione rappresenta un "verbale di pre-accordo" tra parte pubblica e parte privata. Si rileva che non risultano espressi con chiarezza né i tempi di attuazione del provvedimento né l'effettivo impatto dello stesso sulla dotazione di posti letto di postacuzie; pertanto, atteso che il valore per le postacuzie è attualmente al di sotto del limite minimo di 0.35 per mille, la Regione è considerata inadempiente con rinvio al Piano di Rientro.

F.2

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Base Dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) un Tasso di Ospedalizzazione totale, in lieve decremento ma comunque al di sopra dello standard di riferimento, di 204,17 nel 2010, di 195,53 nel 2011 e di 193,12 nel 2012.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, con un differenziale tendente all'incremento di 9,0 nel 2010 (34,0%), 10,7 (35,7%) nel 2011 e 11,6 nel 2012 (36,6%).

In riferimento alla tematica in questione, la Regione non risulta aver trasmesso provvedimenti utili al raggiungimento dei nuovi standard previsti dalla L. 135/2012.

g) Appropriatezza

A soli fini informativi, la Regione si colloca in una situazione critica per i DRG 38 Interventi primari sull'iride, 162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC, 168 Interventi sulla bocca con CC e 342 Circoncisione, età > 17 anni, quindi con una percentuale di DRG in area critica pari al 3,7%. Il 15% dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza.

h) Liste d'attesa

INADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post.

La Regione risulta svolgere attività di monitoraggio ex post. I dati pervenuti nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) mostrano i seguenti campi non correttamente valorizzati:

- Campo Classe priorità prestazione → 44,92% (I semestre); 55,58% (II semestre)
- Campo Garanzia tempi di attesa → 38,59% (I semestre); 49,50% (II semestre)
- Campo Prestazioni in primo accesso → 12,67% (I semestre); 12,04% (II semestre)
- Campo Struttura sanitaria erogatrice →71,55% (I semestre); 62,82% (II semestre)

Si rappresenta che non è possibile calcolare l'Indicatore tempi di attesa (valorizzazione > del 90%).

H.2 Monitoraggio ex ante
La Regione ha svolto il monitoraggio ex ante nel corso dell'anno 2012; i dati pervenuti non sono comunque valutabili anche se viene data ampia informativa al riguardo.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero.
I dati pervenuti mostrano valori al di sotto della soglia prevista.

- Campo Data Prenotazione:
  - Regime ordinario. Campi compilati correttamente 26,97%
  - Regime DH. Campi compilati correttamente 64,40%
- Campo Classe di priorità:
  - • Regime ordinario. Campi compilati correttamente 60,98%
  - • Regime DH. Campi compilati correttamente 60,28%

H.4 Monitoraggio delle sospensioni
La Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni; sono state anche divulgate apposite Linee guida alle ASL, AO, AOU e IRCCS.
Non risultano pervenute informazioni circa gli interventi da attuare per sopperire ai disagi provocati in seguito alle sospensioni, così come richiesto nel Questionario.

H.5 Monitoraggio PDT complessi
Dall'esame dei dati pervenuti risulta che il monitoraggio viene effettuato.

Si chiede alla Regione di addurre le motivazioni della scarsa valorizzazione dei campi indicati relativamente al monitoraggio ex post, regolarizzare i dati per il monitoraggio ex ante, curare le informazioni per il flusso SDO, integrare l'invio dei dati relativi alle sospensioni con le indicazioni fornite per sopperire ai disagi dopo le sospensioni.
Nonostante si constati un impegno nel superare le criticità, dovute anche al ritardo nel recepire il PNGLA 2010-2012, si tiene a sottolineare che le problematiche per la gestione delle liste di attesa devono rientrare ampiamente negli obiettivi del Programma Operativo, in quanto sono interessati diversi settori della organizzazione sanitaria regionale.

I) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea
La Regione ha evidenziato nel 2012 una spesa farmaceutica territoriale di 1.332,3 milioni di Euro, corrispondente ad un disavanzo rispetto al tetto del 13,1% del Fabbisogno sanitario regionale dello 0,22% (21,7 milioni di Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2012 risulta superiore rispetto a quella inizialmente prevista dall'AIFA ai sensi dell'art.5, comma 4, della L.222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 433,7 milioni di Euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno sanitario regionale del 1,94% (+193,6 milioni di Euro).
La Regione Campania evidenza una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 215,3 milioni di Euro.
La Regione evidenza sia il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale che il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera; l'incidenza del ticket fisso per ricetta è superiore rispetto al limite del 30% (pari al 366,98%) dello scostamento della spesa farmaceutica territoriale rispetto al tetto del 13,1% del FSN.
Pertanto, per il parere finale si rimanda alla valutazione congiunta del Tavolo adempimenti - Comitato LEA la compensazione dei disavanzi della spesa farmaceutica con altre voci di spesa del Servizio sanitario regionale o di altre voci del bilancio regionale.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: CAMPANIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	908.618.526,05	9,08%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	14.140.583,00	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	32.766.745,00	0,33%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	258.468,00	0,00%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	297.450.942,00	2,97%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	173.421.287,00	1,73%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	79.533.921,00	0,79%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	93.887.366,00	0,94%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**1.332.324.959,05**	**13,32%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	10.004.978.046,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	1.310.652.124,03	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	21.672.835,02	0,22%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		366,98%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	1.277.028.485,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	741.132.000,00	7,41%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	6.855.667,00	0,07%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	1.104.452,00	0,0110%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	1.990.123,00	0,02%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**433.730.816,00**	**4,34%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	10.004.978.046,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	240.119.473,10	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	193.611.342,90	1,94%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE

La Regione effettua la trasmissione e la validazione a livello regionale di tutti i flussi ad eccezione dei flussi SIS e Art.50, per i quali è prevista la trasmissione da parte delle ASL.

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE

In relazione agli obiettivi A1 e A3 previsti per l'anno 2013 e per i quali era richiesto il raggiungimento rispettivamente del 100 e del 60%, la Regione chiarisce, invece, di aver garantito per i seguenti obiettivi il raggiungimento di una soglia più bassa e nello specifico:

A1) Coerenza Piano dei Centri di costo con la Struttura Organizzativa una percentuale pari ad 82%;
A3) Quadratura CO.GE. - CO.AN. una percentuale pari a 47%.

La Regione dichiara, con riferimento al primo obiettivo, di aver previsto un aggiornamento per le aziende inadempienti del nuovo piano dei centri di costo che sarà coerente con la nuova struttura organizzativa delle predette aziende, anche in relazione all'avvenuta adozione dell'Atto Aziendale, predisposto su richiesta della Regione Campania.
Per il secondo obiettivo, la Regione riferisce che l'alimentazione del Piano dei centri di costo non è ancora tale da consentire l'estrazione di report Co.An., in quanto i nuovi applicativi software sono ancora in fase di implementazione mediante la realizzazione di un progetto che si concretizza con la migrazione del sistema amministrativo-contabile OLIAMM al nuovo sistema informativo AREAS. L'attribuzione ai centri di costo dei dati estrapolati da OLIAMM al momento viene effettuata attraverso dei fogli di calcolo che, anche in assenza di procedure formalizzate di quadratura, consentono l'allocazione di circa il 95% dei costi della CO.GE. Nel corso dell'anno la Regione riferisce di procedere all'allocazione del restante 5%.
Alla luce di quanto sopra esposto, si ritiene la Regione inadempiente; l'adempienza potrà essere riconosciuta solo dopo il completamento delle azioni descritte dalla stessa Regione, con riferimento all'obiettivo A1) mentre, con riferimento all'obiettivo A3), la relativa adempienza potrà essere riconosciuta dopo che la Regione avrà confermato la quadratura tra CO.GE – CO.AN per centro di costo, attraverso la procedura extracontabile descritta dalla Regione, nelle more del completamento del progetto che consentirà l'automatismo della migrazione dei dati da CO.GE a CO.AN.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione risulta adempiente in base alla DGR 47 del 28 febbraio 2012 avente per oggetto "Approvazione dello schema tipo di contratto disciplinante il rapporto di lavoro del Direttore Generale di Aziende ospedaliero dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie". In particolare all'art.11 del contratto tipo viene stabilita la non confermabilità dei direttori subordinata alla verifica dei risultati conseguiti in base agli obiettivi fissati ai sensi dell'art. 3 bis, comma 5, del D.lgs 502/1992.

p) Dispositivi medici

P.1
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

P.2-P.3
Nell'anno 2012 la Regione risulta essere stata sempre presente alle riunioni del Gruppo di Lavoro Nazionale (6/6) istituito al fine della corretta implementazione dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici. In tale ambito la Regione ha condiviso i documenti "Linee Guida per il tracciato Unità di misura" e "Linee Guida per il tracciato Contratti" elaborato dai relativi Sottogruppi di Lavoro.
Si evidenzia una ottima attuazione di quanto previsto dal decreto relativo alla Banca Dati di monitoraggio della spesa registrando un miglioramento delle relative attività.

In base a quanto dichiarato nel Questionario, inoltre, è stata realizzata una buona diffusione delle informazioni agli operatori delle strutture sanitarie del territorio di competenza.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE

Il punteggio totale riportato dalla Regione è di **20** punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale del disabile: 1 punto
Offerta assistenziale: 7 punti
Ripartizione degli oneri: 9 punti
Fornitura dati posti letto: 3 punti.

In seguito alla richiesta di adottare la quota di compartecipazione per i trattamenti socio-riabilitativi residenziali a persone con disturbi mentali (LEA Aggiuntivo), così come indicato nel Decreto commissariale n.5/2011, la Regione dichiara che con la DGRC 666 del 2011 ha introdotto la quota di compartecipazione per le strutture socio riabilitative per pazienti psichiatrici.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

S.4

ADEMPIENTE

La Regione è adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di non aver adottato provvedimenti nell'anno 2012 che modificano l'adempimento previsto dall'art. 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. L'anno precedente, infatti, la Regione era risultata adempiente in base al DGRC 401 del 9 marzo 2007 rispettando quanto previsto dall'art. 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.

u) Piano nazionale della prevenzione

INADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Campania risulta pari a 60 ovvero inferiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.

- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: ADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: INADEMPIENTE
- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza: INADEMPIENTE
- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento

- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: ADEMPIENTE
  La Regione ha realizzato una nuova infrastruttura informatica per la gestione dei dati della sicurezza, che collega la Regione a tutte le AASSLL campane. A fine 2012 il collaudo e l'installazione sul server della Regione Campania della nuova infrastruttura informatica per la gestione dei dati della sicurezza erano in fase di completamento. E' stato istituito, con Decreto n. 145/2012 del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario, un gruppo operativo per il coordinamento, monitoraggio e valutazione in progress del piano straordinario di vigilanza per il raggiungimento dei LEA. La Regione ha implementato un piano di vigilanza straordinario, adottato con decreto n. 50/2012 del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario, che ha assegnato ai Direttori Generali obiettivi specifici in materia di sicurezza sul lavoro, ripartendo le quote di ispezioni regionali tra le AASSLL campane. Inoltre, sono state compilate le schede per il popolamento delle banche dati dei progetti nazionali CCM "Sbagliando s'impara" e CCM "MalProf". E' stata raggiunta la copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi in un anno.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE
Dalla documentazione pervenuta si evincono evidenti miglioramenti delle attività poste in essere dalla Regione in materia di aggiornamento del personale sanitario.
Con decreto della Giunta Regionale n. 324 del 24 ottobre 2012 la Regione ha avviato la procedura di accreditamento provider sulla base dei requisiti stabiliti dall'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012. Con Decreto Dirigenziale n. 9 del 8 febbraio 2012, sulla base degli obiettivi d'interesse nazionale e in coerenza agli indirizzi di programmazione previsti con il Piano di Rientro, la Regione ha individuato gli obiettivi formativi di interesse regionale al fine di orientare i programmi di formazione rivolti agli operatori sanitari.
Inoltre la Regione, con Decreto presidenziale n. 67 del 6 marzo 2014, ha costituito l'Osservatorio regionale nominandone i componenti

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

INADEMPIENTE
X.1 Formalizzazione di una metodologia/procedura per il monitoraggio, nelle aziende sanitarie ed ospedaliere, dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale.

La Regione con Decreto commissariale 37/2012 ha strutturato le diverse attività delle singole ASL e AO in merito ai PDT; con lo stesso atto è stato istituito un gruppo di lavoro dedicato. Nel mese di ottobre 2012 è stata avviata con le OO.SS. la contrattazione per la definizione dell'Accordo Integrativo Regionale della Medicina generale ritenendo che la materia fosse da concretizzarsi nell'ambito dell'Accordo medesimo. Nel 2013 risulta approvato il PO 2013-2015 che prevede la metodologia per i PDT relativi alle principali patologie croniche e con Decreto Commissariale è stato approvato l'Accordo integrativo regionale per la Medicina generale, che ha definito lo sviluppo del sistema informativo regionale e gli organismi e il funzionamento della medicina generale. In seguito a queste attività è stato condiviso il PDT del diabete mellito con gli indicatori e il relativo monitoraggio.

X.2 Monitoraggio dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale nell'anno 2012.

Il PDT individuato, che riguarda il diabete mellito, sarà oggetto di monitoraggio a partire dall'anno 2013.

X.3 Esistenza a livello regionale di una funzione (ufficio/servizio/gruppo di lavoro) che svolge regolarmente la raccolta e l'analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.

La Regione Campania ha individuato il Servizio Medicina di base come struttura avente il compito di svolgere le attività di monitoraggio secondo quanto stabilito negli atti regionali.

Per quanto sopra esposto la Regione risulta aver superato l'inadempienza dell'anno 2011 ma rimane inadempiente per l'anno 2012.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

Inizialmente, pur dichiarando la Regione di non garantire livelli ulteriori, risulta, invece, che la quota per i trattamenti socio-riabilitativi per pazienti psichiatrici è a totale carico del SSR.

In seguito, la Regione comunica che con delibera n. 666 del 6 dicembre 2011 sono state disciplinate le strutture residenziali a bassa complessità assistenziale ed è stata prevista una compartecipazione alla spesa suddivisa per il 40% a carico del SSN e per il restante 60% a carico degli Enti locali/utenti.

La Regione viene considerata adempiente tenuto conto del fatto che la previsione regionale è in linea con quanto previsto dalla norma nazionale.

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE

La regione Campania ha trasmesso il Decreto del Commissario ad Acta n. 138 del 26 ottobre 2012 che approva il Documento programmatico e stralcio per un importo complessivo pari ad € 1.278.174.975,47 di cui € 1.186.260.226,70 a carico dello Stato, € 62.434.748,77 a carico della Regione ed € 29.480.000,00 quale cofinanziamento di altri soggetti, per la realizzazione di complessivi n. 186 interventi, di cui 48 da realizzare nel primo stralcio per un importo a carico dello stato di € 363.693.845,28. Dal documento risulta una percentuale pari ad almeno il 18,78% della somma sopra indicata destinata all'acquisizione di attrezzature e tecnologie.

ah) Accreditamento istituzionale

INADEMPIENTE

La Regione dichiara di aver subordinato la concessione dell'accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie all'effettiva visita delle stesse; tuttavia non distingue tra strutture sanitarie per le quali, come noto, il passaggio doveva essere definitivamente concluso alla data del 31 dicembre 2010 e quelle socio sanitarie. La conferma che per le prime (sanitarie) l'iter è ancora in essere si può desumere dai DCA nn. 90 e 91, entrambi del 9 agosto 2012, con i quali si definiscono gli adempimenti da evadere in sede di verifica, passaggi validi sia per le strutture sanitarie che per quelle socio sanitarie, indicazioni peraltro che fanno ritenere lontana la conclusione delle procedure.

Si evidenzia il numero esiguo delle strutture concluse, solo 15 sulle 1549 totali.

aj) Sperimentazioni gestionali

INADEMPIENTE
La regione Campania ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali dichiarando che, al 31 dicembre 2012, l'unica sperimentazione gestionale, "Malzoni Radiosurgery Center – Centro Studi e Ricerche Raffaele Carola srl", risultava in corso di istruttoria a seguito di pareri espressi dai Ministeri competenti sull'eventuale proroga o rinnovo della stessa. La Regione ha illustrato l'iter di valutazione a cui è stata sottoposta la sperimentazione.
Con riferimento alla legiferazione regionale la Regione non ha fornito alcuna informazione.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

ADEMPIENTE
La Regione in merito ai Piani di riorganizzazione della rete pubblica e privata ha allegato il Decreto di approvazione del Piano di riassetto della rete laboratoristica privata (Decreto n. 109/2013). In merito alla rete pubblica aveva trasmesso, nelle precedenti verifiche LEA, il Decreto Commissariale n. 55 del 2010.
Con riferimento al service di laboratorio, per la rete pubblica sono presenti indicazioni nel Decreto n. 55, mentre nel Piano di riassetto della rete privata è indicato che "le modalità operative del service saranno oggetto di un provvedimento da adottare entro e non oltre 60 giorni dalla pubblicazione delle presenti linee guida, laddove tale termine è da ritenersi perentorio".
Relativamente alla medicina di laboratorio, la Regione non fornisce informazioni in merito all'accreditamento di eccellenza.

am) Controllo cartelle cliniche

INADEMPIENTE
La Regione con il DCA 6/2011 ha adottato le linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero e per la corretta compilazione delle SDO. Nel documento vengono definite le finalità del sistema di controllo, gli ambiti in cui tali controlli vanno eseguiti e l'articolazione del sistema di controllo.
La Regione trasmette le Tabelle 1 e 2, compilate separatamente per gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati (rif. cfr. Circolare del MdS n. 5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche").
In riferimento alla Tabella 1 emerge che nel complesso è stata eseguita una percentuale di controlli analitici casuali superiori al 10%; tuttavia si ricorda che ai sensi del DM del 10.12.2009 il controllo analitico casuale del 10% delle cartelle cliniche deve essere assicurato per ciascun soggetto erogatore e a tal proposito la Regione non fornisce i chiarimenti riguardo il non raggiungimento della soglia per ciascun soggetto erogatore. Delle cartelle controllate non sono state confermate, a livello regionale, il 15,2% circa delle cartelle cliniche.
In riferimento alla Tabella 2 la Regione nel complesso non raggiunge la soglia del 2,5% dei controlli sulla totalità delle cartelle cliniche.
Non viene inoltre riportato il valore degli effetti economici successivi ai controlli sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza; si precisa che tali dati devono essere riportati separatamente per ciascun soggetto erogatore pubblico e privato. Quanto specificato dalla Regione nel Questionario, "*alla voce abbattimenti tariffari sono riportate anche le decurtazioni operate sulla remunerazione delle prestazioni con DRG LEA effettuate nelle strutture convenzionate e conseguentemente non sono riportate nella successiva tabella Prestazioni ad alto rischio inappropriatezza*", oltre a non spiegare completamente la strategia adottata e le relative motivazioni, non è condivisibile.

an) Assistenza protesica

INADEMPIENTE
La Regione risulta inadempiente, in quanto il dato dichiarato relativo alla spesa protesica non coincide con i dati NSIS.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
In sede di prima valutazione non era stato possibile completare l'istruttoria in quanto la documentazione relativa al Questionario risultava mancante di alcuni elementi di valutazione. Contestualmente, valutato il percorso migliorativo intrapreso dalla Regione, era stata considerata superata l'inadempienza per il 2011.
Ciò premesso, visto il progetto formativo trasmesso dalla Regione in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni 2010, e valutata la nuova versione del Questionario 2012, nella quale permangono non attuati l'informazione ai cittadini sulla rete palliativa e l'utilizzo degli strumenti di valutazione della qualità percepita , si considera la Regione adempiente con impegno a sanare le criticità evidenziate.

AO.2
ADEMPIENTE
Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice") la Regione non ha inviato un Piano di Adeguamento ma ha inviato i dati del I trimestre 2013.

AO.3
INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR
Si rileva che, pur risultando attivati i processi di valutazione del grado di severità del dolore, di somministrazione dei farmaci oppiacei e di valutazione dell'efficacia della terapia antalgica, deve essere ancora attivata la relativa rete di terapia del dolore comprendente il MMG, l'oncologo e il centro di terapia del dolore.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Nella valutazione 2011 la Regione risultava adempiente con impegno a completare la sottoscrizione delle convenzioni per il trasferimento dei locali in tutte le ASL. La documentazione aggiuntiva trasmessa dalla Regione evidenzia come le ASL abbiano fatto quanto di loro competenza per poter procedere alla stipula delle convenzioni per l'uso dei locali ed è sufficiente a far superare alla Regione il suddetto impegno.
Con riferimento all'anno 2012, la Regione trasmette la DGR n. 621/2012 "Indirizzi Operativi per la gestione degli inserimenti in Comunità Terapeutica dei minori tossicodipendenti e/o portatori di disagio psichico sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria".
La Regione viene considerata adempiente con impegno a proseguire gli sforzi per procedere alla stipula delle convenzioni.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali.
La Regione ha effettuato il monitoraggio dell'implementazione di tutte le raccomandazioni.

AS.1.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici.
La Regione ha effettuato la ricognizione delle strutture che possiedono una Unità per l'allestimento delle terapie antiblastiche.

AS.1.3 Iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari relative alle Raccomandazioni ministeriali.
La Regione ha attivato un evento nel 2011 e uno nel 2012 per la formazione rivolte agli operatori sanitari.

AS.2 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria.
La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che 139 UO chirurgiche regionali su 273 utilizzano la Checklist di chirurgia.

AS.3 Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES.
La Regione ha trasmesso la nota regionale che definisce la procedura.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea
La Regione ha trasmesso la documentazione prevista dall'adempimento in oggetto, anche se non ha rispettato la tempistica (26/06/2013).
Si segnala che la Regione non ha indicato le singole aziende nel PAC e per talune aziende non è prevista una scadenza, ma viene riportata la frequenza di esecuzione.
Relativamente alla presenza di altre informazioni di rilievo, si evidenzia che la numerazione del paragrafo inerente non rispetta il format previsto ex decreto 1 marzo 2013.

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che nel proprio territorio regionale sono implementati 17 CUP aziendali e 1 CUP regionale. Dichiara inoltre che è presente un unico CUP interaziendale di tipo regionale che lato back end integra i 17 CUP aziendali.
Dalle scarne informazioni fornite dalla regione nel Questionario sembra dedursi che il CUP regionale coincida con l'unico CUP interaziendale che integra i 17 CUP aziendali.

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Salute mentale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Dipendenze relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, risulta un insieme di dati non completamente coerente. In particolare il numero dei soggetti è superiore al numero dei contatti. Relativamente al tracciato MHX si registra un numero di dati basso in relazione al numero dei soggetti e la ASL 202 non ha inviato nessun dato.
Pertanto, la Regione risulta adempiente con impegno a fornire chiarimenti circa la coerenza dei dati e a completare quelli mancanti.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che il Sistema regionale di Fascicolo Sanitario Elettronico è unico e ha un'architettura federata conforme alle specifiche del Tavolo della Sanità Elettronica (TSE). Il FSE attualmente già realizzato e collaudato coinvolge i tre centri di cura primaria afferenti alle ASL Benevento, Avellino e Salerno. Le tipologie di documento previste nel FSE sono lettere di dimissione, referti per specialità, referti di Pronto Soccorso e Patient summary.
Nel Questionario la Regione fa un confronto tra quanto previsto dalle Linee Guida di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, in particolare per il nucleo minimo del FSE e le funzionalità rese disponibili dal progetto FSE regionale.

aae) Attività trasfusionale

INADEMPIENTE
AAE.1
In relazione alla ricognizione dei servizi trasfusionali, il documento trasmesso dalla Regione si riferisce ad una Legge del 1998 e pertanto non risulta aggiornato al processo di accreditamento ai sensi dell'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010. La documentazione integrativa trasmessa si riferisce al PO 2011-2012, con allegati obiettivi, azioni e indicatori e relativo cronoprogramma, in cui si prevedevano le azioni da intraprendere tra cui anche la ricognizione dei Servizi trasfusionali, ma non è stata fornita l'evidenza di quanto fino ad ora attuato.
La ricognizione delle unità di raccolta è stata effettuata.
Per quanto riguarda le visite di verifica dei servizi trasfusionali e unità di raccolta, la documentazione presentata indica un avvio del processo ma non risulta l'effettiva programmazione delle visite di verifica.

AAE.2
Per quanto riguarda i fondi assegnati per l'istituzione ed il funzionamento della SRC, risulta soltanto l'assegnazione dei fondi 2007, avvenuta con Decreto dirigenziale del 2011, senza firma. Non si ha riscontro dell'assegnazione dei fondi degli anni successivi.
Alla SRC sono state attribuite le funzioni previste dall'Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011.

AAE.3
La Regione ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sulle Linee guida per l'accreditamento dei servizi Trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Rep. Atti n. 149).

La documentazione presentata in relazione alla razionalizzazione delle attività di lavorazione del sangue e degli emocomponenti e delle attività diagnostiche e di qualificazione biologica, si riferisce in effetti al programma regionale di autosufficienza.
Per quanto riguarda la razionalizzazione delle attività di lavorazione del e degli emocomponenti e delle attività diagnostiche e di qualificazione biologica, la documentazione trasmessa dalla Regione si riferisce in effetti al programma regionale di autosufficienza; per le suddette attività si rinvia al Piano Operativo 2013-2015 in cui viene dichiarato, come anche nel 2012, che è "in corso la Gara presso So.Re.Sa. per la concentrazione dei test sierologici di qualificazione biologica delle donazioni presso i 3 Servizi Trasfusionali già sede di Centro NAT".

aaf) Percorso nascita

INADEMPIENTE
La Regione non ha inviato al Comitato Percorso Nascita Nazionale la relazione richiesta circa lo stato di attuazione delle linee di indirizzo dell'Accordo del 16 dicembre 2010 specificamente individuate dal Questionario LEA.
Dichiara inoltre che nella riorganizzazione della rete dei punti nascita non ha effettuato deroghe rispetto a quanto contenuto nell'Accordo.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1
INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR
La Regione ha inviato una relazione sullo stato di attuazione del Decreto Commissariale 49/2010 relativo al riassetto della rete Ospedaliera e Territoriale e relativo al sistema dell'Emergenza Urgenza, al quale fa riferimento per la consultazione. Per quanto attiene agli elementi informativi richiesti per l'adempimento LEA riguardanti l'articolazione della rete di emergenza ospedaliera, la Regione dichiara che, in attuazione al DC 57/2012 si sta provvedendo alla costituzione dei Dipartimenti Integrati per l'Emergenza e del Coordinamento Regionale per l'Emergenza, nonché alle modalità di integrazione tra la componente ospedaliera e quella territoriale. E' prevista una rimodulazione delle attuali CO 118, che avranno un ambito di competenza di livello provinciale.
Sono in fase di costituzione le reti delle patologie tempo-dipendenti e le modalità di integrazione tra l'emergenza e la continuità assistenziale. Sono necessari ulteriori elementi sul loro stato di attuazione, nonché sui Punti di Primo Intervento (PPI).

AAG.2
INADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta inadempiente in quanto non è garantita un'adeguata completezza territoriale in riferimento ai flussi del "118" e del "Pronto soccorso". Inoltre, relativamente alla qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS, si rilevano forti criticità.

AAG.3
ADEMPIENTE
La Regione presenta un valore dell'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" pari a 16 (valore normale <=18; scostamento minimo accoglibile 19-21), in diminuzione rispetto all'anno 2011, quando presentava un valore pari a 18.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Le indicazioni fornite dalla Regione riguardano lo stato di attuazione delle forme associative dei Medici di Medicina Generale dalle quali si evince che la forma maggiormente rappresentata risulta essere la medicina in rete con il coinvolgimento di 1753 MMG per 2.223.082 assistiti, segue la medicina di Gruppo con 1109 MMG per 1.099.557 assistiti ed infine la forma associativa semplice con 153 MMG. Questa ultima modalità organizzativa costituisce una modalità ad esaurimento a favore dello sviluppo della medicina di gruppo multiprofessionale e multidisciplinare in h24. Relativamente ai modelli organizzativi complessi per l'erogazione delle Cure Primarie la nota trasmessa dalla Regione fa riferimento alle Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS) quali presidi strategici del Distretto, attualmente in corso di realizzazione in attuazione del decreto 49/2010 (piano di riconversione dei presidi territoriali dismessi). Per tali strutture vengono altresì fornite indicazioni sui principali servizi presenti. Riguardo le iniziative di informatizzazione, la Regione rappresenta di essere impegnata in un ampio processo di sviluppo del sistema informativo regionale del quale fornisce soltanto il quadro di riferimento concettuale senza alcun riferimento al numero dei MMG/PLS che attualmente fanno uso di supporti informatici per la gestione della scheda sanitaria, la trasmissione delle ricette mediche e l'utilizzo dei sistemi di comunicazione (rete telematica e di teleconsulto e telemedicina).

La documentazione inviata permette di risolvere l'inadempienza dell'anno 2011.

Per l'anno 2012 la Regione viene considerata adempiente con impegno a fornire ulteriori informazioni sul numero dei MMG/PLS che attualmente fanno uso di supporti informatici per la gestione della scheda sanitaria, trasmissione delle ricette mediche e utilizzo dei sistemi di comunicazione (rete telematica e di teleconsulto e telemedicina).

aai) Riabilitazione

AAI.1

INADEMPIENTE

Con Decreto commissariale n. 93 del 10.08.2012, la Regione ha definito specifiche linee di indirizzo volte ad uniformare procedure operative e modalità di raccolta delle informazioni minime necessarie ai fini della valutazione del grado di applicazione dei profili riabilitativi per disabilità semplici e dei relativi esiti, nonché di una analisi degli scostamenti dai tempi medi di inizio dei trattamenti e di recupero funzionale, con relative motivazioni, nell'ottica della ricerca di strategie di massimizzazione dell'efficacia degli interventi e di rilevazione della eventuale variabilità ingiustificata.

Inoltre la Regione ha previsto la sperimentazione di reti di assistenza riabilitativa per garantire la continuità e coordinazione nella presa in carico del paziente dalla fase acuta alla stabilizzazione.

Con la nota prot. 122230 del febbraio 2014 la Regione afferma:

1. di aver avviato un monitoraggio ed una ricognizione presso le Asl, le AO e gli IRCCS sulle attività di valutazione e presa in carico del bisogno riabilitativo previste dal Piano di indirizzo per la riabilitazione;
2. che sono in corso incontri con le associazioni dei fisiatri per la definizione di azioni necessarie a realizzare compiutamente il Piano;
3. che è in fase di formalizzazione la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare per l'implementazione del Piano;
4. la Regione ha impegnato le Asl alla verifica dell'appropriatezza e dell'efficacia degli interventi dei profili riabilitativi per casi semplici (dichiara come esiti il 5% degli assistiti (appropriatezza

clinica) e il 10% degli assistiti (appropriatezza organizzativa) valutati nelle 7 Asl campane) e (5) ha introdotto una attività di monitoraggio sulle attività di riabilitazione (in collaborazione con ASRSAN) per evidenziare i volumi di prestazioni erogate, la spesa complessiva e la variabilità prescrittivi nella Regione.

In considerazione del fatto che le iniziative ai punti 1, 2 e 3 risultano ancora in fase iniziale, che l'iniziativa al punto 3 era stata dichiarata come già realizzata nel corso del 2011 e che le iniziative di cui ai punti 4 e 5 attengono più alla verifica dell'appropriatezza e al contenimento della spesa richiesto dal Piano di rientro, piuttosto che all'effettiva implementazione del Piano, si ritiene che la Nota in questione non sia sufficiente per una valutazione positiva.

La Relazione descrive gli indirizzi programmatori definiti dalla Regione ma non dà conto della effettiva realizzazione delle attività previste dal Piano della riabilitazione (iniziative di comunicazione effettivamente svolte, effettivo utilizzo del PRI e del PRS nelle strutture, ecc.) e dagli stessi atti regionali citati.

AAI.2

La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	19,5%	16,1%	18,5%	14,7%	16,9%	13,5%
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	5,6%	10,7%	9,7%	10,2%	9,6%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	15,7%	8,7%	15,4%	9,3%	15,9%	9,1%

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La Regione Campania risulta sufficiente per 4 item su 5.

Per gli indicatori di performance, si segnalano criticità circa il controllo della tubercolosi e Brucellosi nella popolazione animale.

Risulta insufficiente per i flussi informativi veterinari, con punteggio pari al 74% ma sufficiente solo per 3 indicatori vincolanti su 6. In proposito, si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili, per i controlli riguardanti le Salmonellosi zoonotiche e per ciò che concerne i flussi informativi relativi ai piani di risanamento. Si segnala inoltre un livello di attività inadeguato in merito al controllo ufficiale per la BSE e la Scrapie, nonché in merito al controllo ufficiale per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale, al rispetto delle procedure di rilascio dei riconoscimenti condizionati e dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo per gli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale, e criticità circa i flussi informativi relativi ai finanziamento dei controlli ufficiali.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
La Regione ha dichiarato di aver recepito le Linee Guida nazionali per la dematerializzazione clinica in diagnostica per immagini di cui all'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 4 aprile 2012. Si resta pertanto in attesa di tale atto.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1
Si rinvia al punto l) Controllo spesa farmaceutica per la valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea
La Regione ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare un andamento variabile dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR) nel corso degli ultimi 3 anni. Benché la Regione Campania abbia raggiunto risultati incoraggianti sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, ha ancora importanti margini di miglioramento nella regolamentazione della spesa farmaceutica regionale, che supera il tetto prefissato per entrambi le voci di spesa (13,32% per l'assistenza territoriale rispetto al tetto del 13,1% e 4,34% per l'assistenza ospedaliera rispetto al tetto del 2,4%). La riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale sul FSR nel corso del triennio 2010-2012, è dovuta alle diverse deliberazioni emanate dalla Regione Campania in questo ambito assistenziale che – anche per effetto dei provvedimenti di livello nazionale – hanno generato risparmi per circa 80 milioni di Euro. Il monitoraggio informatizzato delle prescrizioni di prestazioni farmaceutiche e di assistenza specialistica e il monitoraggio dell'appropriatezza terapeutica nella prescrizione dei medicinali per le categorie di farmaci a maggior spesa, rappresentano gli interventi di regolamentazione dell'assistenza territoriale che hanno avuto il maggiore impatto economico.
Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la Campania evidenzia un andamento crescente dell'incidenza della spesa sul FSR nel triennio 2010-2012, nonostante l'approvazione del "Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera", il recupero degli extrasconti stabiliti dall'AIFA negli accordi negoziali con le Aziende Farmaceutiche e l'incentivazione dell'uso dei farmaci biosimilari (razionalizzazione nell'uso dei farmaci oncologici ad alto costo). La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, mai aggiornato nel corso del 2012, e mai trasmesso all'AIFA. Infine, la Regione ha garantito il più rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, rispetto a tutte le altre regioni italiane.
Nonostante i rilevanti sforzi di governo dell'assistenza farmaceutica regionale, l'obiettivo di pareggio della propria spesa farmaceutica rispetto ai tetti di spesa è ancora molto distante.

AAL.2
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi ricadenti nel periodo indicato.

AAL.3
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del periodo indicato.

Emilia Romagna

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli previsti dagli obblighi informativi.

Sono state riscontrate delle discrepanze relative al confronto della mobilità tra modello LA e CE. In particolare, per quanto riguarda le verifiche inerenti il confronto della mobilità tra il modello CE e LA, sono stati richiesti chiarimenti in merito alla mancata elisione della somma di 1,594 mln di Euro riconducibili alla voce "Compartecipazione al personale per Attività LP intramoenia".

Relativamente alle verifiche di corretto consolidamento all'interno dei singoli modelli economici (CE-SP-LA), per il modello SP si è preso atto che la regione Emilia Romagna non opera un vero e proprio consolidamento delle operazioni patrimoniali, se non in maniera extra-contabile, caricando al sistema NSIS un modello SP aziendale e della GSA già nettizzato delle partite oggetto di elisione in sede di consolidamento.

La Regione risulta adempiente; si prende atto che sono in corso procedure di miglioramento delle operazioni di consolidamento, alla luce anche dell'entrata in vigore del decreto legislativo 118/11 che impone l'obbligo di redigere bilanci di esercizio consolidati regionali da far approvare alla Giunta.

Statistici

ADEMPIENTE

La copertura dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità nei flussi informativi STS21 (assistenza specialistica territoriale) e SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010).

La qualità dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sui flussi informativi STS21 (assistenza specialistica territoriale) e SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010).

Si segnala che la Regione non ha ancora effettuato la validazione dei flussi informativi ai sensi del DM 5 dicembre 2006 – Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

La Regione ha trasmesso una nota a riscontro delle criticità riscontrate sul flusso informativo STS21 (assistenza specialistica territoriale).

Con riferimento alle motivazioni prodotte dalla Regione a giustificazione del mancato invio del modello STS21 per 40 delle 492 strutture totali attive nell'anno 2012, si accolgono le seguenti casistiche:

- Punti erogazione privati con solo punto prelievo (l'attività viene imputata al laboratorio analisi che analizza la provetta);
- Punti erogazione non convenzionati per l'attività ambulatoriale (convenzionata per la farmaceutica o la medicina sportiva) che devono essere mantenuti attivi nell'anagrafica STS11.

Per quanto attiene invece la casistica "Attività imputata ad altro punto di erogazione (organizzazione errata del sistema informativo interno aziendale) segnalata dalla regione", si chiede alla Regione di assicurare che i dati del flusso informativo STS21 riferiti all'anno 2013, che saranno oggetto di verifica nel corso del 2014, siano correttamente inviati.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE
La Regione Emilia Romagna con un punteggio pari a 210 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Tuttavia si segnalano delle criticità per gli indicatori sulla vaccinazione antinfluenzale negli anziani e sul tasso di accessi di tipo medico.

f) Assistenza ospedaliera

F.1
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
In sede di prima valutazione la Regione era stata considerata inadempiente; infatti mostrava, in Base Dati nazionale, una dotazione complessiva di 19.563 posti letto, pari a 4,47 per 1.000 abitanti, di cui 3,60 per pazienti acuti (15.750 posti letto) e 0,87 per riabilitazione e lungodegenza (3.813 posti letto).
Successivamente la Regione ha trasmesso una relazione a firma del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali recante, fra l'altro, l'impegno -già pubblicamente assunto- alla trasformazione di 25 stabilimenti ospedalieri in ospedali di comunità. Tale relazione è corredata dalla quantificazione dei posti letto da riconvertire (1700 circa che si aggiungono alla riduzione di posti di day hospital che la Regione sta provvedendo ad attuare), da una tabella sinottica delle dotazioni di posti letto delle strutture pubbliche e private accreditate e da specifiche linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera.
Ciò premesso, considerato che il provvedimento interviene a conclusione dell'anno 2013, la Regione è considerata adempiente con impegno a dare concreta attuazione alla riorganizzazione proposta.

F.2
ADEMPIENTE
La Base Dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) un Tasso di Ospedalizzazione totale, comprensivo delle modalità diurna, acuzie e postacuzie, in linea con i contenuti della L. 135/12 già nell'anno 2010 (160,91) con un ulteriore decremento nel 2011 (156,84) e nel 2012 (154,74).
Il Tasso di Ospedalizzazione per il regime diurno è lievemente eccedente il valore del 25% negli anni 2010 e 2011 -con un differenziale di 0,6 e 0,5 rispettivamente- mentre nell'anno 2012 il valore risulta pari al 24,5% e quindi ricompreso all'interno dello standard individuato dalla norma di riferimento.
In relazione a tale tematica la Regione non risulta aver trasmesso ulteriore documentazione.

g) Appropriatezza

A soli fini informativi, la regione Emilia Romagna si colloca in una situazione critica per i seguenti DRG: 8 "Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC" e 163 "Interventi per ernia, età < 18", quindi con una percentuale di DRG in area critica inferiore al 2%. Tuttavia il 19,4 % dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza. Si invita la Regione ad intervenire per correggere le criticità segnalate.

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE
H.1 Monitoraggio ex post

La Regione svolge attività di Monitoraggio ex post. Dai dati pervenuti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) risulta che i campi sono valorizzati tutti in maniera corretta al 100% eccetto il campo "Garanzia tempi attesa" che risulta del 85,59% (I semestre) mentre per il II semestre è pari a all'86% (valore soglia richiesto 90%).
In relazione al calcolo dell'indicatore dei Tempi di Attesa, previsto solo per le Regioni per le quali risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo, risulta quanto segue.

1. Visita oculistica (95.02)
   - Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/ totale di prestazioni di classe B 87,94%
   - Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/ totale di prestazioni di classe D 47,87%
2. TAC Torace senza e con contrasto (87.41, 87.41.1)
   - Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/ totale di prestazioni di classe B 79,73%
   - Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/ totale di prestazioni di classe D 79,71%
3. Mammografia (87.37.1, 87.37.2)
   - Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/ totale di prestazioni di classe B 95,76%
   - Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/ totale di prestazioni di classe D 64,70%
4. Ecocolordoppler tronchi aortici (88.73.5)
   - Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/ totale di prestazioni di classe B 86,20%
   - Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/ totale di prestazioni di classe D 70,74%.

H.2 Monitoraggio ex ante
La Regione svolge attività di Monitoraggio ex ante.
Si ricava che per la rilevazione di aprile la percentuale di garanzia è:

- Classe B 54,76%
- Classe D 71,18%.

Per la rilevazione di ottobre la percentuale di garanzia è:

- Classe B 71,17%
- Classe D 72,95%.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

- Campo Data Prenotazione
  - Regime ordinario: campi compilati correttamente 85,87%.
  - Regime DH: campi compilati correttamente 77,59%
- Campo Classe di priorità
  - Regime ordinario: campi compilati correttamente 90,99%
  - Regime DH: campi compilati correttamente 90,66%.

Si ricorda che è ancora vigente il PNGLA 2010- 2012 e che la trasmissione dei dati avviene tramite apposite Linee guida che riportano " Il monitoraggio avverrà a partire dai dimessi dell'ultimo trimestre 2010 e consisterà nel verificare la presenza di "data di prenotazione" e "classi di priorità". In particolare la completezza di trasmissione dei campi "data di prenotazione" e "classe di priorità" deve essere pari al 50% nell'ultimo trimestre 2010; al 70% nel 2011 e al 90% nel 2012".

H.4 Monitoraggio delle sospensioni
La Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni, nulla riporta però circa gli interventi messi in atto per regolare i casi di sospensione e sopperire ai disagi.
Si richiede di conoscere gli interventi messi in atto per sopperire ai disagi arrecati alla popolazione nei casi di sospensione.

H.5. Monitoraggio PDT complessi
Dall'esame dei dati relativi al monitoraggio dei PDT complessi, così come previsto dalle Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi, giugno 2011, il monitoraggio risulta effettuato.

I) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea
La Regione Emilia Romagna ha evidenziato nel 2012 una spesa farmaceutica territoriale di 859 milioni di Euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 13,1% del Fabbisogno sanitario regionale dello -2,34% (-186,8 milioni di Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2012 risulta superiore rispetto a quella inizialmente prevista dall'AIFA ai sensi dell'art.5, comma 4, della L.222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 386,9 milioni di Euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno sanitario regionale del 2,45% (+195,3 milioni di Euro).
La Regione Emilia Romagna evidenza una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 28,5 milioni di Euro.
La Regione, pur rispettando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, evidenza il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.
Pertanto, per il parere finale si rimanda alla valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato LEA la compensazione dei disavanzi della spesa farmaceutica con altre voci di spesa del Servizio sanitario regionale, o di altre voci del bilancio regionale.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: E. ROMAGNA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	590.288.928,99	7,39%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	10.477.943,00	0,13%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	19.597.346,00	0,25%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	325.086,00	0,00%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	229.116.265,00	2,87%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	70.004.634,00	0,88%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	14.452.531,00	0,18%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	55.552.103,00	0,70%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**859.009.452,99**	**10,76%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	7.983.639.426,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	1.045.856.764,81	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-186.847.311,82	-2,34%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	814.012.289,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	625.778.000,00	7,84%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	6.743.085,00	0,08%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	304.432,00	0,0038%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	2.684.046,00	0,03%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**386.930.172,00**	**4,85%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	7.983.639.426,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	191.607.346,22	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	195.322.825,78	2,45%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE

Relativamente ai processi di verifica e validazione dei dati e di governo sui sistemi informativi, la Regione dichiara che la trasmissione delle informazioni è centralizzata a livello regionale per tutti i flussi ad eccezione di Farmaceutica convenzionata (art. 50 L. 326/2003), flussi ministeriali (DPCM 17/5/1984, DM 23/12/1996, DM 5/12/2006) che sono a trasmissione aziendale. Dichiara inoltre che, nei casi in cui sono disponibili rilevazioni puntuali (STS21, FLS21, STS24, HSP24), i modelli vengono compilati centralmente dalla Regione a partire dai flussi correnti e flussi economici (CE, LA, SP) che sono a trasmissione aziendale; i modelli in capo alla regione (codice 000 e 999) vengono inseriti a livello regionale.

La validazione delle informazioni è centralizzata a livello regionale per tutti i flussi ad eccezione della Farmaceutica convenzionata (art. 50) e dei i flussi economici (CE, LA, SP) che sono a trasmissione aziendale; i modelli in capo alla regione (codice 000 e 999) vengono inseriti a livello regionale.

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE
Dall'analisi della documentazione trasmessa, la Regione risulta adempiente.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione in base a quanto dichiarato nel Questionario non ha adottato ulteriori provvedimenti o atti rispetto all'anno precedente.

p) Dispositivi medici

P.1
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

P.2-P.3
La Regione ha partecipato costantemente a tutte le riunioni del Gruppo di Lavoro Nazionale (6/6) costituito ai fini dell'implementazione del corretto avvio dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici. In tale ambito ha contributo attraverso una capillare analisi delle criticità proponendo anche soluzioni operative condivise risolutive.
Si evidenzia l'integrazione ed il rafforzamento dell'attività del Gruppo Tecnico Regionale, già costituito negli anni precedenti. Continua, infatti, l'attività di rilevazione e risoluzione delle criticità rilevate nell'avvio dei flussi, la diffusione delle relative informazioni aggiornate (concordate in sede di gruppo di lavoro ministeriale/regioni) alle Aziende Sanitarie. Si valuta di particolare rilevanza l'implementazione dell'analisi periodica dei maggiori scostamenti di costo della media regionale dei singoli dispositivi medici ai fini di correggere gli eventuali errori.
Inoltre, il monitoraggio degli accessi degli operatori che utilizzano gli strumenti a disposizione ed il relativo aumento, l'elevata percentuale di corrispondenza dei dati trasmessi con i flussi ed i dati ricavati dai modelli CE corrispondenti, determina una ottima attuazione di quanto previsto dal decreto.
La Regione ha rivestito il ruolo di coordinatore delle attività del Sottogruppo di Lavoro "Contratti" per l'elaborazione delle "Linee Guida per il tracciato Contratti" ed ha contribuito alla definizione delle "Linee Guida per il tracciato Unità di misura" sottogruppo di lavoro "Unità di misura".
Nell'ambito delle attività del sottogruppo di lavoro istituito al fine della predisposizione della bozza delle "Linee Guida per potenziare la consultazione e l'utilizzo del Repertorio dei Dispositivi Medici" sono stati forniti da parte della Regione, puntuali osservazioni tali da produrre significativi elementi di riflessione ed approfondimenti.
La diffusione delle informazioni agli operatori delle strutture sanitarie del territorio di competenza è stata realizzata in modo eccellente.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1 - S.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Il punteggio totale riportato dalla Regione è di **22** punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale del disabile: 1 punto

Offerta assistenziale: 9 punti

Ripartizione degli oneri: 8 punti

Fornitura dati posti letto: 4 punti.

Dall'analisi della documentazione trasmessa dalla Regione, emerge una criticità legata all'adeguamento delle quote di compartecipazione al DPCM LEA (presenza di una quota a carico del Comune/utente per i trattamenti intensivi a malati cronici non autosufficienti R1 e percentuale di oneri a carico del Comune/assistito non in linea con la normativa nazionale).

La Regione trasmette una nota in merito all'applicazione di una quota a carico dell'utente di 14 Euro/die nei trattamenti intensivi per non autosufficiente nella quale si dichiara che essa è prevista solo in presenza della effettiva applicazione dei requisiti e degli standard previsti nella DGR 840/08, che prevedono anche livelli elevati di personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e particolari accorgimenti alberghieri.

Dalla lettura della DGR 840/08, i livelli elevati di personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e particolari accorgimenti alberghieri non sembrano essere una opzione di ulteriore offerta assistenziale rispetto alla quale il cittadino fa una scelta personale, ma sembrano piuttosto essere legati alla necessità di fornire maggiore assistenza sanitaria e in parte socio assistenziale, in presenza di un bisogno assistenziale del paziente certificato.

La Regione trasmette ulteriore documentazione, in particolare una nota nella quale precisa che la regione "nell'ambito del programma per le gravissime disabilità acquisite attuato dal 2004, per gli inserimenti residenziali prevede una quota a carico dell'utente di 14 Euro nel caso, diffusissimo, la persona benefici di indennità di accompagnamento"; aggiunge che "la scelta regionale (peraltro risulta attuata anche da altre Regioni), condivisa con le Associazioni dei disabili, discende dal fatto che le persone che beneficiano dell'indennità di accompagnamento perdono il diritto all'indennità qualora ricoverate o ospitate per un periodo prolungato in strutture ospedaliere o residenziali. E' evidente che l'eventuale eliminazione della quota di partecipazione di 14 Euro a carico dell'utente si tradurrebbe nella perdita dell'indennità di accompagnamento stessa".

Per quanto riguarda la quota di compartecipazione per l'assistenza socio-riabilitativa la Regione dichiara che il maggiore onere a carico del SSR è configurato come Lea aggiuntivo.

La suddetta nota non risolve le criticità rilevate; la Regione viene considerata adempiente con impegno ad adeguare le quote di compartecipazione al DPCM LEA (presenza di una quota a carico del Comune/utente per i trattamenti intensivi a malati cronici non autosufficienti R1 e percentuale di oneri a carico del Comune/assistito non in linea con la normativa nazionale).

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che sono stati adottati provvedimenti, che non modificano l'adempimento previsto dall'articolo 4, comma 1, lettera d dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, prevedendo l'abbattimento superiore al 30% per le tariffe relative alla lungodegenza oltre il valore soglia di 60 giorni (DGR 69 del 24/01/2011 a valere dal 1/01/2010 e DGR 525 del 29/04/2013 a valere dal 01/01/2013).

u) Piano nazionale della prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento risulta pari a 100 ovvero superiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.

- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: ADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: ADEMPIENTE
- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza: ADEMPIENTE
- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: ADEMPIENTE

  In ordine alla tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro, la Regione Emilia Romagna ha provveduto ad assicurare la periodica manutenzione, taratura e sostituzione delle attrezzature di tutte le UOPSAL, nonché la formazione e addestramento del personale addetto. E' stata completata la formazione regionale di tutti gli operatori delle UOPSAL e UOIA con qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria, articolata in cinque giornate per un totale di 40 ore. Per svolgere in modo qualificato le attività di informazione e formazione su specifiche problematiche inerenti i temi dell'igiene e sicurezza degli ambienti di lavoro è stato elaborato un progetto in materia di formazione e aggiornamento, finalizzato ad accrescere le competenze tecniche degli operatori. E' stata assicurata la copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi in un anno.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Emilia Romagna, con DGR 1332/2011, ha avviato un sistema di accreditamento dei provider regionali ECM solo per le Aziende Sanitarie pubbliche e altri soggetti erogatori di prestazioni sanitarie pubblici e privati, accreditati al Servizio Sanitario Nazionale. I requisiti

strutturali e funzionali, richiesti per l'accreditamento dei provider, sono stati individuati con DGR 1332/2011 e DGR 133/2011, facendo riferimento non solo all'Accordo Stato-Regioni del 1 agosto 2007, concernente il "Riordino del sistema di Formazione Continua in Medicina", ma anche alla DGR 327 del 2004, la quale tra i requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale individua, al capitolo 6, la Formazione continua e l'aggiornamento del personale sanitario.
Quindi, allo stato, risulta che la regione Emilia Romagna ha avviato il sistema di accreditamento provider solo per gli enti erogatori di prestazioni sanitarie, seguendo una procedura diversa da quella indicata nel Questionario, e non ha ancora adottato un manuale di accreditamento provider coerente con i principi e i criteri indicati nelle "Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider", allegato 1 dell'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012.
A tal proposito si riporta uno stralcio del su citato accordo che stabilisce: "La Regione o Provincia autonoma, che pur avendo attivato il sistema di accreditamento regionale non ritiene di procedere all'accreditamento delle società scientifiche, delle agenzie formative, degli enti di formazione, delle fondazioni, degli Ordini, dei Collegi delle Associazioni Professionali……., può affidare all'AGENAS il compito di svolgere le attività operative procedurali e informatiche per l'accreditamento al sistema regionale di riferimento dei richiamati aspiranti provider regionali".
Ciò premesso, è stato chiesto alla Regione di produrre:

- la DGR 653/2012 con cui ha individuato gli obiettivi prioritari della formazione continua del personale del servizio sanitario regionale;
- il manuale di accreditamento provider;
- il provvedimento di costituzione dell'Osservatorio regionale dove sono riportati, oltre al responsabile, i nominativi dei componenti.

Si segnala inoltre, la necessità di avviare la procedura informatica per l'accreditamento degli aspiranti provider regionali e per le attività formative.

Dalla documentazione integrativa trasmessa, risulta che la Regione si è attivata per acquisire entro il 31 gennaio 2014 i nominativi degli esperti che andranno a costituire l'Osservatorio regionale, ed entro febbraio 2014 è prevista la pubblicazione della determina di costituzione dell'Osservatorio Regionale ECM, in ritardo rispetto alla normativa in materia.
Pertanto, fatta salva ogni valutazione del Comitato Tecnico Regionale sul manuale di accreditamento regionale, si ritiene la Regione adempiente con impegno a dar seguito alla procedura di cui sopra, come dichiarato dalla stessa.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE

X.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Linee guida cliniche attraverso PDT
Con nota prot. PG/2012/273787 del 21/11/2012 "Adesione alle Raccomandazioni GReFO (Gruppo Regionale Farmaci Oncologici)" la Regione ha fornito indicazioni in merito alla modalità di raccolta dei dati richiesti con i relativi indicatori di monitoraggio. Precedentemente il gruppo regionale per la valutazione dei farmaci oncologici, su mandato della Commissione regionale del farmaco, aveva elaborato delle Raccomandazioni di impiego su alcuni farmaci oncologici, sul cui livello di impiego le Aziende sanitarie erano tenute ad attenta verifica. Altre aree dove sono stati costruiti PDT sono la reumatologia, la dermatologia e le malattie infettive.

X.1.2 Monitoraggio dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale nell'anno 2012.
La Regione ha proseguito nel 2012 le attività di monitoraggio avviato nel 2011 (alcuni documenti allegati fanno riferimento a questa attività pregressa). Le aree di interesse riguardano soprattutto l'artrite reumatoide, l'epatite cronica e la patologia oncologica cui sono preposti gruppi

multidisciplinari di studio e coordinamento. La Regione ha fornito i documenti di indirizzo per le tre aree sopra citate.

X.1.3. Esistenza a livello regionale di una funzione (ufficio/servizio/gruppo di lavoro) che svolge regolarmente la raccolta e l'analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.
La Regione riporta per ogni singola area di monitoraggio i gruppi di lavoro e gli organismi preposti, che afferiscono tutti al Servizio Politica del Farmaco.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE
Per il 2012, La Regione dichiara di garantire prestazioni aggiuntive in numerose aree assistenziali.
La Regione trasmette la DGR n. 885/2013 recante "Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 - nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 - Adempimenti ex articolo 4, comma1, lettera c) - Provvedimento ricognitivo delle prestazioni aggiuntive rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza erogate nell'anno 2012."
Nel provvedimento ricognitivo sono indicati i singoli livelli aggiuntivi con indicazione della stima dei costi 2012.
I dati dichiarati risultano conformi a quanto indicato dalla Regione nel Modello LA – allegato 5.

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE
La regione Emilia Romagna ha adempiuto a quanto disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004, fornendo quanto richiesto. Infatti, per quanto riguarda le risorse residue la Regione ha sottoscritto in data 16 aprile 2009 un Accordo di programma nel quale riserva il 34% delle risorse disponibili al potenziamento ed ammodernamento tecnologico. La Regione in data 1 marzo 2013 ha sottoscritto un Accordo di programma che riserva il 21,58% delle risorse al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione dichiara di aver concluso l'iter per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e per quelle sociosanitarie, tuttavia afferma di non aver espletato verifiche presso queste ultime strutture.
In seguito alla richiesta di fornire informazioni dettagliate sulle procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie, .la Regione trasmette documentazione integrativa, dalla quale si evince come la Regione demandi tutto il governo del sistema socio sanitario agli enti locali (Comuni) e che la conclusione dell'iter relativo all'Accreditamento istituzionale sia procrastinato nel tempo. In tal senso si deve eccepire come una legge finanziaria della Repubblica, legge n. 296/2006, preveda la conclusione del suddetto iter entro termini certi ed ormai scaduti, per cui le disposizioni normative regionali non possono disattendere quanto disposto dalla sovraordinata legge finanziaria.
Considerata l'importante caratterizzazione sanitaria dell'attività delle strutture socio sanitarie, peraltro, si deve rilevare l'assoluta assenza di indicazioni dispositive sulle azioni adottande per il governo organico di tale settore sociosanitario, ricordando che appare necessario assicurare forme uniformi di qualità e sicurezza a tutti i cittadini.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a fornire informazioni dettagliate sulle procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie.

aj) Sperimentazioni gestionali

ADEMPIENTE
La regione Emilia Romagna ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali compilata in tutte le sue parti dichiarando che, al 31 dicembre 2012, non sono attive sperimentazioni o innovazioni gestionali.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

ADEMPIENTE
La Regione ha già trasmesso, nelle precedenti verifiche LEA, la normativa sulla riorganizzazione della rete laboratoristica.
Con riferimento al service di laboratorio la Regione ha specificato che la regolamentazione del service è contenuta nella DGR 624/2013 "Indirizzi di programmazione regionale per il biennio 2013-2014 in attuazione della DGR 53/2013 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie". La delibera regolamenta il service nell'ambito dell'accreditamento definendo, per la Genetica Medica, l'erogazione all'interno della rete Hub & Spoke, mentre stabilisce il divieto di richiedere nuovi accreditamenti per le attività di laboratorio ad eccezione di esplicite necessità, motivate, da parte di una Azienda USL.
In merito alla medicina di laboratorio, la Regione ha risposto a tutti i quesiti del Questionario.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE
La Regione Emilia Romagna ha trasmesso il report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche in cui specifica di avere adottato, con la DGR 354 del 26 marzo 2012, le nuove linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni e interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie delineando una nuova architettura di sistema dell'attività di controllo, i cui indirizzi sono stabiliti attraverso il NRC (Nucleo Regionale di Controllo, istituito con Determina del Direttore Generale n. 7360 del 31 maggio 2012) che, attraverso il PAC (Piano Annuale dei Controlli) definisce e aggiorna le regole operative sull'attività di controllo e i criteri di valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.
La Regione ha trasmesso le tabelle 1 e 2 compilate separatamente per gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati come specificato nella Circolare Ministeriale n.5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche".
Nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella tabella 1 (Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) dichiara nel complesso di eseguire una percentuale di controlli pari al 29,1%.
In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) la Regione raggiunge la soglia del 3,6% dei controlli sulle cartelle cliniche.
Per quanto riguarda i risultati dei controlli, il 10,9% delle cartelle cliniche verificate nel campione casuale risulta non confermato, mentre Il 21,8% delle cartelle cliniche controllate nel campione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza risulta analogamente non confermato.
Per quanto riguarda l'impatto economico dei controlli sanitari, il recupero a livello del budget dei ricoveri relativi all'anno 2012 a seguito dei controlli effettuati risulta essere dello 0,34% per quanto

riguarda il campione casuale; vengono inoltre forniti i dati circa le misure adottate per erogatore per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione ha certificato il dato della spesa protesica anno 2011, che risulta non coerente con i dati del modello LA. La Regione, però, ha giustificato il motivo della discrepanza con i dati del modello LA, attribuibile a quella parte degli ausili registrati nel livello assistenza domiciliare e nell'area anziani residenziale e semiresidenziale.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE
Si rileva la positiva azione della Regione nel percorso di attuazione degli adempimenti in tema di cure palliative e terapia del dolore.
In riferimento alla tabella degli indicatori riportata nel Questionario, si prende atto che l'indicatore n. 5 è riferito "non calcolabile"; ciò è verosimilmente correlato al basso grado di consolidamento del flusso SIAD raggiunto dalla Regione. Si sottolinea che, nel prossimo periodo, si riterrà fondamentale tale adempimento e pertanto è sin da ora auspicabile l'implementazione delle azioni di trasmissione dei flussi informativi.

AO.2
ADEMPIENTE
Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice") la Regione non ha inviato il Piano di Adeguamento ed ha inviato i dati fino al I trimestre 2013.

AO.3
ADEMPIENTE
La documentazione trasmessa in relazione alle attività inerenti l'attivazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia, è valutata positivamente.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che nel 2012, a seguito di presa in carico da parte dell'Asl di provenienza, sono stati dimesse 8 persone (quando la Regione ne dichiara in totale 7), provenienti dalla Regione, già internate in regime di proroga della misura di sicurezza detentiva in un OPG del territorio nazionale.
La Regione ha formalmente individuato un Protocollo sulle procedure di inserimento di minori con disturbi psichici o problematiche legate alla dipendenza da sostanze in comunità terapeutiche e il Programma salute CGM.
La Regione dichiara inoltre che è stata aperta una sezione (ROP - Reparto Osservazione Psichiatrica) presso il carcere di Piacenza in data 17 settembre 2012, per l'espletamento dell'osservazione psichiatrica, ex art 112 DPR 230/00. Inoltre con DGR 1936/12 e 2082/12 è stato destinato specifico finanziamento per il settore salute mentale per la creazione delle equipe psichiatriche in carcere.
La Regione viene considerata adempiente, con richiesta di chiarimenti sul numero di internati in regime di proroga nell'anno 2012.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione ha effettuato nel 2012 il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni, aderendo al monitoraggio Agenas. Inoltre ha reso disponibile sulla pagina web della regione gli adattamenti regionali delle Raccomandazioni ministeriali, seppure non con atto formale, al fine di favorirne l'applicazione nei contesti aziendali.

AS.1.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha effettuato una ricognizione delle strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici; viene allegato il documento di "Rilevazione organizzazione e attività in ambito oncologico presso Aziende non centralizzate - anno 2012".

AS.1.3 Iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari relative alle Raccomandazioni ministeriali

La Regione Emilia Romagna ha attivato eventi per la formazione rivolti agli operatori sanitari, in coerenza con le attività di gestione del rischio regionale, dai diversi contesti aziendali, con particolare riferimento a farmaci, chirurgia, cadute e infezioni correlate all'assistenza.

AS.2 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che delle 470 UO chirurgiche regionali solo 152 UO utilizzano la Checklist di chirurgia.

AS.3 Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES

La Regione Emilia Romagna ha aderito dal 2006 al sistema di segnalazione degli eventi, la cui funzionalità è confermata dall'inserimento e validazione regionale degli eventi sentinella anche nell'anno 2012 e 2013.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Valutazione Tavolo adempimenti

La Regione ha trasmesso la documentazione prevista dall'adempimento in oggetto, anche se non ha rispettato la tempistica (26/06/2013).

Si fa presente quanto segue:

- al punto B4) non sono state previste azioni correlate ai singoli obiettivi
- per ciascuna azione non è stata prevista una scadenza.

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che nell'ambito del proprio territorio sono implementati 11 CUP (1 per azienda). Le aziende sanitarie e ospedaliere afferenti allo stesso bacino hanno il CUP unificato, quindi i CUP unificati sono 5 (Bologna, Parma, Ferrara, Reggio Emilia e Modena). I CUP presenti sul territorio regionale sono tutti integrati ed interoperabili tra loro e accessibili anche on line tramite CupWeb e Fascicolo Sanitario Elettronico.

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la salute mentale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la regione è adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE
Nella regione Emilia Romagna è attivo un sistema FSE unico che già nel 2012 ha raggiunto la copertura di tutte le ASL e l'integrazione delle differenti tipologie di documenti. E' stato attivato anche il profilo sanitario elettronico.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE
La Regione ha provveduto ad ottemperare a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.
La regione dichiara di avere assegnato fondi per il 2011 e di avere attribuito formalmente alle Strutture Regionali di Coordinamento le funzioni previste dall'Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011.
E' stato inoltre formalmente recepito l'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012, e sono state intraprese iniziative per la razionalizzazione delle attività di lavorazione del sangue e produzione degli emocomponenti delle attività diagnostiche di qualificazione biologica degli emocomponenti, conformemente alle Linee guida.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La documentazione necessaria all'espressione del parere sul punto è stata trasmessa con sensibile ritardo; si apprezza la consapevolezza della Regione a proposito. La suddetta documentazione, unitamente ai chiarimenti forniti in sede di Comitato LEA del 24 gennaio 2014 in merito sia alla riorganizzazione dei punti nascita e soprattutto dei PN con un numero di parti/anno < a 500, che alla organizzazione delle UU.OO. di ostetricia/ginecologia e di pediatria/neonatologia e TIN secondo i due livelli previsti dall'Accordo del 16 dicembre 2010, permettono, insieme alla presa d'atto sull'implementazione delle iniziative per l'attuazione delle altre Linee di indirizzo contenute nell'Accordo specificamente individuate dal Questionario LEA, di formulare una valutazione positiva.
E' opportuno, tuttavia, sottolineare che il documento trasmesso "Servizi per la nascita" che ridisegna la rete dei Punti Nascita, rappresenta una mera dichiarazione di intenti, sebbene ben

articolata e supportata dai dati CEDAP sui volumi di attività di tutte le strutture di ostetricia presenti nel territorio.
La Regione, pertanto, dovrà impegnarsi ad inviare:

- gli esiti delle valutazioni effettuate e quindi la definizione conclusiva della rete dei PN, con il relativo cronoprogramma di attuazione della riorganizzazione, con particolare riguardo ai PN con un numero di parti/anno < a 500; in merito a questi ultimi, si sottolinea che, nelle more della progressiva chiusura dei PN di Pavullo nel Frignano, Castelnuovo Ne' Monti e Borgo Val di Taro, i quali, dai dati CEDAP 2012 risultano avere, rispettivamente, i seguenti volumi di attività: 404 parti, 192 parti, 203 parti, la Regione dovrà relazionare sulla presenza, in tali strutture, dei requisiti e standard previsti dall'Accordo per il I Livello, ciò a garanzia della sicurezza della madre e del neonato;
- le valutazioni in merito alla persistenza di strutture private convenzionate e non che effettuano parti;
- la tempistica di realizzazione del progetto relativo all'attivazione STAM e STEN, dando seguito al documento "il trasporto in utero e il trasporto neonatale d'emergenza" prodotto dalla Commissione Consultiva Tecnico-Scientifica sul Percorso Nascita, così come ribadito nel documento "Servizi per la nascita", in cui al punto "potenziamento trasporto materno e neonatale" viene dichiarato che la riorganizzazione della rete ospedaliera (riduzione dei punti nascita e differenziazione dei centri Hub) comporta la necessità di avviare tempestivamente quanto previsto dalla delibera relativa al trasporto materno (STAM) e neonatale (STEN), recuperando i ritardi registrati a livello regionale.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1
ADEMPIENTE
La Regione descrive puntualmente i presidi afferenti alla rete dell'emergenza urgenza e la localizzazione geografica, con le aggregazioni in area vasta, suddivisi in DEA di II, I livello, PS, PPI; descrive l'emergenza territoriale e le modalità di integrazione con la componente ospedaliera. Le modalità di integrazione con la continuità assistenziale sono diffuse ma non in modo strutturato. E' prevista la riduzione delle CO da 7 a 3 ed è presente un coordinamento regionale delle attività. Sono inoltre indicati gli atti costitutivi formali delle reti per le patologie tempo-dipendenti.

AAG.2
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato e per la completezza territoriale. Relativamente alla qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS, per quanto riguarda il tracciato del Pronto Soccorso, si evidenzia una criticità nella valorizzazione della diagnosi principale.

AAG.3
ADEMPIENTE
L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 14 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21), come per l'anno 2011.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

I dati sull'organizzazione delle Cure Primarie riguardano sia il numero per ASL delle forme associative (semplici, in rete e di gruppo) con il relativo numero di medici coinvolti che i modelli organizzativi complessi. Rispetto a questi ultimi, la Regione precisa che il percorso di realizzazione delle Case della salute, previste dalla DGR 291/2010, vede attualmente 49 sedi attive funzionanti, distinte per diversa e crescente complessità assistenziale in "piccole", "medie" e "grandi" ed altre 9 strutture che erogano i servizi sanitari riconducibili alle Case della Salute. Ampiamente rappresentato risulta anche il modello organizzativo Nucleo di Cure Primarie (NCP). La gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione avviene in misura del 100%, mentre più modesto appare l'utilizzo di sistemi di comunicazione informatica (teleconsulto e telemedicina). La Regione fornisce inoltre gli indicatori relativi alla percentuale di MMG che partecipano alle AFT (99,6%).

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

AAI.1

In merito ai singoli punti oggetto di valutazione, riportati nelle Note di compilazione del Questionario, si evidenzia quanto segue.

a) Risulta operativo un Gruppo regionale e gruppi specifici per ogni area vasta. Il Gruppo ha svolto specifiche iniziative di formazione e mantiene un contatto costante con le aziende, mettendo a disposizione i dati di attività.

b) Nell'area vasta Romagna risulta sperimentata una cartella clinica riabilitativa informatizzata che monitora l'intero percorso ospedale-territorio del paziente disabile.

c) E' prevista la verifica della presenza della documentazione relativa al PRI in tutte le cartelle cliniche di riabilitazione ospedaliera (100%).

d) Il progetto riabilitativo di struttura è tra requisiti specifici di accreditamento.

e) "Il collegamento funzionale fra i reparti di riabilitazione ospedaliera ed i servizi socio-assistenziali territoriali è declinato nelle delibere regionali relative alle reti di alta specialità riabilitativa che sono monitorate attraverso i registri regionali (GRACER, Mielolesioni, GRAD) da cui derivano gli indicatori relativi." E' inoltre in fase di sperimentazione un collegamento informatico fra il reparto di riabilitazione e i Medici di Medicina Generale della Azienda USL di Cesena.

AAI.2

La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	18,9%	16,1%	17,5%	14,7%	13,7%	13,5%
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	14,3%	10,7%	16,4%	10,2%	13,6%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	8,7%	8,7%	12,0%	9,3%	12,0%	9,1%

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE
La Regione Emilia Romagna risulta sufficiente per 5 item su 5.
Ha conseguito, per i flussi informativi veterinari un buon livello di adempienza (sufficiente con un punteggio pari all'86,5% e 5 indicatori vincolanti su 6), con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione. In proposito si segnala, in particolare, l'insufficiente attività di farmacosorveglianza per gli operatori controllabili, il rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo per gli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale e la mancata trasmissione dei dati relativi alle somme percepite e ai costi sostenuti per l'attività di controllo ufficiale.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
La regione dichiara che non sono stati adottati specifici provvedimenti di recepimento delle linee guida nazionali in considerazione del fatto che sta procedendo, nell'ambito dell'evoluzione dell'infrastruttura SOLE, alla progressiva dematerializzazione della documentazione sanitaria.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1
ADEMPIENTE
La Regione Emilia Romagna ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare una riduzione dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR), in particolare nel corso del 2012 (15,6%, rispetto al 15,5% dato dalla somma dei tetti 13,1% + 2,4%).
Si segnala che i dati riportati nella tabella riportata nel Questionario sono stati compilati da AIFA sulla base di quanto riportato nella scheda della spesa farmaceutica e nei precedenti Questionari.
Tale risultato è stato conseguito in particolare per effetto della progressiva riduzione, nel corso dell'ultimo triennio, dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale. In questo ambito assistenziale, la regione ha emanato, anche per effetto dei provvedimenti di livello nazionale, diverse deliberazioni, che hanno generato risparmi nell'ultimo triennio per circa 98 milioni di Euro.
Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, l'Emilia Romagna evidenzia un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR, in gran parte collegato alla concentrazione in questo ambito dell'acquisto di medicinali innovativi ad alto costo. I provvedimenti emanati dalla Regione sono finalizzati essenzialmente ad una programmazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera (e.g.: aggiornamento del prontuario terapeutico ospedaliero).
La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, che aggiorna con una periodicità pressoché mensile, trasmesso all'AIFA. Infine, la regione Emilia Romagna ha garantito un accesso rapido ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in anticipo di circa un mese rispetto ai tempi medi nazionali.

AAL.2
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi ricadente nel periodo indicato.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del periodo indicato.

Lazio

c) Obblighi informativi

Economici

INADEMPIENTE

Non risultano pervenuti i modelli LA (con i relativi allegati) e CP dell'anno 2012 di tutte le aziende e del 999 (la scadenza era prevista per il 31 maggio per le aziende ed il 30 giugno per il 999). Relativamente al modello CP anno 2011 non quadra il modello 120271, che pertanto non viene acquisito nel SIS. Nel verificare la qualità dei dati del modello CE rispetto al modello SP ci sono delle differenze relativamente alle rimanenze ed inoltre non risulta compilato il modello 912. Inoltre nel verificare la coerenza interna del modello CE (somma aziende e 999) relativamente alle poste "R" si registra una differenza di circa 1.000 migliaia di Euro.

A seguito della richiesta di chiarimenti, la Regione risponde con una nota con la quale relaziona sulle modifiche apportate per migliorare la qualità dei dati economici.

Tuttavia restano delle criticità in merito alla coerenza CE e LA, in particolare riguardo la mobilità attiva e passiva sia intra-regionale che extraregionale.

Si evincono discrepanze anche in merito al controllo CE e SP sulle rimanenze, sia sul 999, che sull'azienda 101.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La copertura dei dati risulta buona.

La qualità dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sul flusso informativo SDO – Scheda di Dimissione ospedaliera.

Si segnala che la Regione non ha ancora effettuato la validazione dei flussi informativi ai sensi del DM 5 dicembre 2006 – Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

La Regione deve integrare la Banca Dati NSIS ed eliminare le criticità nel flusso informativo SDO – Scheda di Dimissione ospedaliera.

Si chiede di procedere alla validazione dei flussi informativi.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La Regione Lazio con un punteggio pari a 167 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente", in virtù degli aggiornamenti dei valori relativi all' indicatore 8 "percentuale di anziani trattati in ADI" e 9.2 "numero posti per assistenza agli anziani in strutture residenziali". Persistono, inoltre, delle criticità per gli indicatori relativi alla vaccinazione antinfluenzale per anziani, alla prevenzione veterinaria ed alimentare, agli screening ed al tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Regione ha reso noto che provvederà a trasmettere la riorganizzazione della rete ospedaliera in linea con i disposti della L. 135/12.

Dalla Base Dati nazionale risulta che, a gennaio 2013, la Regione Lazio ha una dotazione di 22.340 posti letto, pari a 4,02 per 1.000 abitanti, di cui 3,31 per pazienti acuti (18.377 posti letto) e 0,71 per riabilitazione e lungodegenza (3.964 posti letto). Risulta, inoltre, che la Regione non ha ancora effettuato la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13 in Base Dati 2012 e 2013.
Considerata la progressiva contrazione dell'offerta dei posti letto regionali osservabile in Base Dati nazionale, si considera superata l'inadempienza relativamente all'anno 2011.
In riferimento all'anno 2012, considerato che le ultime scadenze fissate per la trasmissione dei programmi operativi sono ormai superate e che è già decorso il primo dei tre anni di operatività del programma stesso, si ritiene non superata l'inadempienza e si rinvia la Regione al Piano di Rientro.

F.2
INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR
La Base Dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 180,58 nel 2010, di 166,32 nel 2011 e di 173,03 nel 2012.
La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, con un differenziale di 7,6 nel 2010 (32,6%), 7,8 (32,8%) nel 2011 e 8,1 nel 2012 (33,1%).
La Regione non ha trasmesso documentazione inerente l'adozione di provvedimenti volti a ridurre il tasso di ospedalizzazione agli standard previsti dalla L. 135/12. Pertanto, in considerazione dei valori riscontrati per l'anno 2012 e del fatto che le azioni di riorganizzazione della rete ospedaliera non sono ad oggi adottate, si considera la Regione inadempiente con rinvio al Piano di rientro.

g) Appropriatezza

A soli fini informativi, la regione Lazio si colloca in una situazione critica per i DRG 262 Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne, 282 Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni, con una percentuale di DRG in area critica pari al 1,8%. Il 10% dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza.

h) Liste d'attesa

INADEMPIENTE
H.1 Monitoraggio ex post
La Regione nel corso del 2012 ha svolto attività di monitoraggio ex post. I dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), mostrano, in relazione alle Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa del dicembre 2010, alcuni campi non correttamente valorizzati e precisamente:

- Campo classe priorità prestazione → 2,85% (I semestre); 3,85% (II semestre)
- Campo Garanzia tempi di attesa → 44,69% (I semestre); 28,79% (II semestre)
- Campo Prestazioni in primo accesso → 45,83% (I semestre); 30,08% (II semestre)
- Campo Struttura sanitaria erogatrice →10,93% (I semestre); 9,99% (II semestre).

Le percentuali di valorizzazione sono tali da non poter calcolare l'indicatore dei Tempi di Attesa, previsto solo per le Regioni per le quali risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.

H.2 Monitoraggio ex ante
La Regione ha svolto il monitoraggio ex ante nel corso dell'anno 2012. I dati pervenuti riguardano la rilevazione aprile 2012 e la rilevazione ottobre 2012. Le soglie di garanzia risultano essere:

- % di garanzia Classe B Aprile 78,19%

- % di garanzia Classe D Aprile 19,27%
- % di garanzia Classe B Ottobre 73,39%
- % di garanzia Classe D Ottobre 22,34%

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero.

Campo Data Prenotazione:

- Regime ordinario. Campi compilati correttamente 75,85%.
- Regime DH. Campi compilati correttamente 63,58%

Campo Classe di priorità:

- Regime ordinario. Campi compilati correttamente 85,16%
- Regime DH. Campi compilati correttamente 85,40%

La completezza di trasmissione dei suddetti campi deve corrispondere al 90%.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni
La Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni. Non si ha, tuttavia, riscontro sugli interventi attuati o da attuare per rimediare ai disagi arrecati popolazione assistita in caso di sospensione dell'attività, così come richiesto nel Questionario.

H.5 Monitoraggio PDT complessi
Dall'esame dei dati pervenuti risulta che il monitoraggio viene effettuato.

Si chiede alla Regione di inviare:

- H.1 Le motivazioni della non corretta valorizzazione dei campi sopra citati (monitoraggio ex post) e gli interventi previsti.
- H.2 Le motivazioni delle percentuali al di sotto della soglia prevista (monitoraggio ex ante) e gli interventi previsti.
- H.3 Le motivazioni delle percentuali al di sotto della soglia prevista per il campo "data di prenotazione" (monitoraggio ricoveri) e gli interventi previsti.
- H.4 Gli interventi che si devono attuare per sopperire ai disagi in seguito alle sospensioni.

I) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

La Regione Lazio ha evidenziato nel 2012 una spesa farmaceutica territoriale di 1.380,9 milioni di Euro, corrispondente ad un disavanzo rispetto al tetto del 13,1% del Fabbisogno sanitario regionale dello 0,58% (58,5 milioni di Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2012 risulta superiore rispetto a quella inizialmente prevista dall'AIFA ai sensi dell'art.5, comma 4, della L.222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 438,4 milioni di Euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno sanitario regionale del 1,94% (+196 milioni di Euro). La Regione Lazio evidenza una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 254,5 milioni di Euro.
La Regione evidenza sia il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale che il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera; l'incidenza del ticket fisso per ricetta è superiore rispetto al limite del 30% (pari al 74,37%) dello scostamento della spesa farmaceutica territoriale rispetto al tetto del 13,1% del FSN. Pertanto, per il parere finale si rimanda alla valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato LEA la compensazione dei disavanzi della

spesa farmaceutica con altre voci di spesa del Servizio Sanitario Regionale, o di altre voci del bilancio regionale.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: LAZIO			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	971.992.830,89	9,63%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	15.717.530,00	0,16%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	33.307.641,00	0,33%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	1.058.125,00	0,01%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	316.945.701,00	3,14%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	142.015.960,00	1,41%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	43.482.405,00	0,43%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	98.533.555,00	0,98%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**1.380.871.195,89**	**13,68%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	10.094.698.030,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	1.322.405.441,93	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	58.465.753,96	0,58%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		74,37%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	1.305.284.964,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	765.930.000,00	7,59%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	7.170.865,00	0,07%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	633.054,00	0,0063%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	2.827.384,00	0,03%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**438.352.996,00**	**4,34%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	10.094.698.030,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	242.272.752,72	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	196.080.243,28	1,94%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

INADEMPIENTE

Non si hanno elementi utili per poter effettuare una valutazione. Si invita la Regione a trasmettere la documentazione necessaria.

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE
L'adempimento in esame è fra quelli che sono oggetto di azioni di miglioramento e rafforzamento nel piano di rientro stipulato dalla Regione.
Dalla documentazione trasmessa dalla Regione si evince che gli obiettivi richiesti dall'adempimento in oggetto non sono stati raggiunti al 100%. Manca inoltre la nomina del responsabile del procedimento di verifica dello stato di attuazione nelle singole aziende sanitarie.
La Regione comunica che è stato costituito un nuovo gruppo di lavoro che dovrà definire le linee guida per l'implementazione di un sistema di contabilità analitica in grado di garantire flussi informativi e dati omogenei.
La Regione risulta inadempiente. L'impegno sul tema di controllo di gestione rappresenta, inoltre, per la Regione e per le Aziende Sanitarie uno specifico adempimento contenuto nei percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci (PAC) approvati con decreto del Commissario ad acta U00292 del 2 luglio 2013.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione con delibera 401/2008 ha approvato lo schema tipo del contratto che norma l'attività dei Direttori Generali. In particolare l'art. 5 del suddetto contratto prevede il necessario rispetto dell'invio dei flussi informativi ai fini della confermabilità dell'incarico.
Inoltre, nel decreto del Commissario ad acta n.104/2010 è stato inserito (all. B lett. F punto 2) l'obiettivo di assicurare attendibilità e tempestività dei flussi informativi regionali.

p) Dispositivi medici

P.1
INADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i. Tuttavia risulta inadempiente in quanto non sono stati inviati i dati relativi a tutti i mesi per tutte le Aziende Sanitarie della Regione.
Nel NSIS sono presenti esclusivamente i dati relativi alle due aziende sanitarie di seguito riportate:

- 120105 RM/E, per i mesi di gennaio, febbraio e marzo 2012;
- 120920 Policlinico Tor Vergata, per il mese di marzo 2012.

P.2-P.3

La Regione risulta essere stata sempre presente alle riunioni del Gruppo di Lavoro Nazionale (6/6) istituito al fine della corretta implementazione dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici. In tale ambito la Regione ha condiviso i documenti "Linee Guida per il tracciato Unità di misura" e "Linee Guida per il tracciato Contratti" elaborati dai relativi Sottogruppi di Lavoro.
La diffusione delle informazioni agli operatori delle strutture sanitarie del territorio di competenza è stata realizzata in modo puntuale.
Per quanto attiene alla verifica dei tempi e delle modalità di applicazione da parte delle strutture sanitarie di quanto disposto dal DM 11 giugno 2010, la Regione ha individuato notevoli criticità ritenute causa del mancato invio dei dati. In tale contesto la diffusione delle informazioni agli operatori delle strutture sanitarie del territorio di competenza non ha determinato i risultati attesi .

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

INADEMPIENTE

La Regione presentava nella verifica 2011 un impegno a fornire informazioni circa:

- la percentuale di servizi che utilizzano lo strumento di valutazione multidimensionale per i pazienti disabili;
- la definizione della quota di oneri a carico del sociale per i trattamenti residenziali socio-riabilitativi alle persone con disturbi mentali.

La Regione trasmette una nota nella quale dichiara le azioni attualmente messe in atto sotto il profilo normativo per l'adozione di strumenti di valutazione e procedure per la presa in carico omogenee sul territorio ma conferma che allo stato attuale le aziende effettuano la valutazione con strumenti di propria scelta.

Non risulta introdotta la quota di oneri a carico del sociale per i trattamenti residenziali socio-riabilitativi alle persone con disturbi mentali.

La documentazione inviata non risolve le criticità relative al 2011.

Con riferimento al 2012, il punteggio totale riportato dalla Regione è di **17** punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale del disabile: 0 punti

Offerta assistenziale: 7 punti

Ripartizione degli oneri: 6 punti

Fornitura dati posti letto: 4 punti

La Regione non ha adempiuto agli impegni fissati nel 2011 in merito all'adozione di uno strumento omogeneo di valutazione multidimensionale della disabilità e all'introduzione di una quota di compartecipazione per l'assistenza residenziale socio-riabilitativa alle persone con disturbi mentali. Il rispetto degli impegni 2011 consentirebbe una valutazione di adempienza anche per l'anno 2012.

S.3

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS. Relativamente alla completezza territoriale si segnala la presenza di molti record scartati del tracciato attività. La Regione viene considerata adempiente con impegno ad integrare i dati mancanti.

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione, con Decreto del Presidente, in qualità di Commissario ad acta, del 21 novembre 2011, rettifica il DPCA U0041 del 18 giugno 2009 e il DPCA del 28 luglio 2009, prevedendo per le prestazioni di lungodegenza medica esclusivamente la tariffa piena di 137,89 Euro con

l'abbattimento del 40% oltre il 60° giorno di degenza e che la fattispecie di paziente proveniente da domicilio non sarà in nessun caso remunerata.

u) Piano nazionale della prevenzione

ADEMPIENTE
Il valore dell'adempimento risulta pari a 70 ovvero inferiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.

- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: INADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: INADEMPIENTE
- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza: ADEMPIENTE
- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: ADEMPIENTE
  Per gli aspetti attinenti al potenziamento qualitativo delle risorse strumentali e umane programmato, vengono destinati con DGRL 18.3.2012 n. 203 Euro 2.500.000,00 a favore dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro delle AUSL, per il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, e con DGRL 11.9.2012 n. 424 ulteriori fondi residui dal finanziamento ex DGR 635/2007, con assegnazione, ai SPRESAL delle AUSL, dei seguenti obiettivi: piano regionale di prevenzione in edilizia; piano regionale di prevenzione in agricoltura; piani di vigilanza per la prevenzione degli infortuni e delle malattie da lavoro su comparti definiti a rischio; formazione del personale (sia sanitario che tecnico); malattie professionali; promozione della salute nei luoghi di lavoro. Con determinazione B8833 del 13/11/2012 viene finalizzata l'utilizzazione delle risorse finanziarie disponibili secondo una programmazione triennale, in coerenza con quanto stabilito con la Nota DR n. prot. DB/189889 del 15.10.2012, avente ad oggetto: "Documento di indirizzo regionale per l'attuazione di progetti finalizzati per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie da lavoro con l'utilizzo di fondi regionali."
  E' stata raggiunta la copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi in un anno.

Sulla base delle risultanze dell'incontro del Comitato LEA tenutosi in data 6 dicembre 2013, riportate nel relativo verbale, e in considerazione del fatto che le criticità rilevate riguardano esclusivamente gli indicatori U.2.1 e U.2.2, nel complesso la Regione viene considerata adempiente.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE
Il Sistema di accreditamento della regione Lazio prevede l'accreditamento delle attività formative tramite procedura informatica e l'accreditamento dei provider tramite bando.
Pur considerando quest'ultima modalità di accreditamento non perfettamente in linea con quanto richiesto nel Questionario, si rappresenta che non si tratta di una criticità rilevante, in quanto la

Regione ha sottoscritto una convenzione con l'Agenas che prevede la realizzazione di una piattaforma informatica per l'accreditamento on-line delle attività formative e dei provider regionali.
La Regione inoltre, con il DCA 504 del 23 dicembre 2013 ha nominato i componenti dell'Osservatorio Regionale con il compito di valutare la qualità della formazione del servizio sanitario regionale.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

INADEMPIENTE
X.1.1 Formalizzazione di una metodologia/procedura per il monitoraggio, nelle aziende sanitarie ed ospedaliere, dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale.

X.1.2 Monitoraggio dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale nell'anno 2012.
Dalla analisi dei documenti inviati e dai siti indicati per consultazione risulta che la Regione Lazio ha intrapreso numerose iniziative per la tutela della salute nell'area materno infantile e per gli anziani, ma non si deduce chiaramente se viene effettuato un monitoraggio costante di tali iniziative né quali siano le strutture eventualmente coinvolte.
In particolare:

- la Regione ha trasmesso il Progetto regionale "Promuovere l'appropriatezza dell'assistenza al parto – ottobre 2003" i cui dati si riferiscono ad anni pregressi
- la Regione ha inviato il documento di indirizzo "Percorso assistenziale per la gestione della frattura prossimale del femore in pazienti ultrasessantacinquenni. PAFF Regione Lazio DGR n. 613 del 7 agosto 2009" (sviluppato nell'ambito del Progetto di ricerca "Applicazione del percorso assistenziale appropriato alla gestione intraospedaliera della frattura di femore nel paziente ultrasessantacinquenne - DGR 613 del 7 agosto 2009), che rappresenta un aggiornamento del "Percorso assistenziale per la gestione intraospedaliera della frattura di femore in pazienti ultrasessantacinquenni - PAFF", pubblicato nel 2007 a cura di Laziosanità-ASP e adottato a livello regionale con la DGR 613/2009.
  Il Gruppo di lavoro multidisciplinare, costituitosi presso Laziosanità-ASP (Decisione DG Laziosanità - ASP n.137 del 15.06.2012), ha definito un percorso che include anche i servizi territoriali con particolare riferimento alla continuità assistenziale, alla valutazione multidimensionale e al piano assistenziale individuale
  Non risulta però che sia attivo il monitoraggio delle raccomandazioni riportate.
- la Regione ha trasmesso le Linee guida sul Taglio Cesareo (revisione Linee guida del 1999), non esaustivo per conoscere il monitoraggio in questo ambito (oggetto di altre valutazioni).

X.1.3 Esistenza a livello regionale di una funzione (ufficio/servizio/gruppo di lavoro) che svolge regolarmente la raccolta e l'analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.
La Regione Lazio ha individuato l'Agenzia di Sanità Pubblica – LazioSanità come Struttura deputata al monitoraggio delle indicazioni per il parto cesareo e le fratture di femore.

In seguito alla richiesta di integrare quanto trasmesso con informazioni attestanti il monitoraggio dei PDT adottati nell'area materno infantile e per le fratture di femore degli anziani, la Regione trasmette documentazione relativa al Percorso nascita sia extra ospedaliero che ospedaliero e alle azioni dei PO 2013 - 2015 relativi alla Rete dell'emergenza territoriale, ospedaliera e alle Reti di specialità "tempo dipendenti".

Pur apprezzando l'impegno della Regione nella presa in carico del paziente e nella continuità ospedale territorio in situazioni particolarmente critiche, non è possibile, dalle informazioni pervenute, formulare un parere di adempienza.
Si chiede alla Regione di trasmettere la specifica documentazione attestante il monitoraggio dei PDT quale espressione dell'implementazione di Linee guida cliniche adottate dalla Regione sia in ambito ospedaliero che territoriale.

y) LEA aggiuntivi

INADEMPIENTE
La Regione dichiara di non garantire livelli ulteriori.
Al competente ufficio del Ministero della salute risulta che la Regione garantisce:

- l'esenzione del ticket per i lavoratori iscritti al centro per l'impiego
- l'esenzione per malati di Sensibilità Chimica Multipla - MCS (con codice RQ099R- DGR n. 175 del 2010)
- l'assegno di cura per i disagiati mentali (alcune Asl)-Vedi L.R. n. 6/12.

La Regione deve fornire chiarimenti su quanto sopra esposto.

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE
In data 12 ottobre 2011, la Regione Lazio ha presentato la proposta di Accordo di programma, con il quale si utilizzano tutte le risorse ancora a disposizione pari ad € 596.783.717,43 (di cui € 239.817.167,97 quale copertura pregressi addebitati su capitoli di spesa in C/Corrente ai sensi della Legge 10/2011 ed € 356.966.549,46 I stralcio funzionale – fondi per nuovi interventi), per la realizzazione di n.133interventi (di cui n. 33 sullo stralcio 0 e n. 100 sullo stralcio 1). Dal documento risulta una percentuale pari ad almeno il 15% della somma sopra indicata destinata all'acquisizione di attrezzature e tecnologie.

ah) Accreditamento istituzionale

INADEMPIENTE
La Regione nel Questionario afferma di aver concluso l'iter per l'accreditamento istituzionale e di aver proceduto ad accreditare definitivamente le strutture entro la fine del 2012; inoltre dovrebbero essere state valutate tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie prima del rilascio del provvedimento finale.
Al riguardo, tuttavia, la Regione ha affermato di avere ancora n. 190 strutture in valutazione, sulle quali si è chiesto di acquisire ulteriori elementi informativi dettagliando sull'iter e sui tempi necessari per la conclusione.
Non essendo pervenute informazioni a riguardo, la Regione viene considerata inadempiente.

aj) Sperimentazioni gestionali

INADEMPIENTE
La regione Lazio, in seguito alla richiesta di integrazioni in merito alla mancata trasmissione delle relazioni annuali di verifica delle sperimentazioni gestionali presenti al 31 dicembre 2012, ha trasmesso una nota con la quale informa di aver richiesto alle società di inviare ulteriori relazioni entro la data del 12 novembre. Con riferimento a "Valmontone Hospital" la Regione specifica che la sperimentazione è terminata nel gennaio 2012 e che la società ha inviato, a maggio 2012, la relazione annuale. Con la nota trasmessa la Regione richiede un'ulteriore relazione, da inviare entro

il 12 novembre 2013, al fine di monitorare le attività svolte al 31 dicembre 2012. Nessuna delle due relazioni è disponibile. Con riferimento alla "Fondazione Policlinico Tor Vergata", per la quale era in atto il procedimento di riconoscimento quale IRCCS, la Regione ha richiesto l'invio della relazione annuale di verifica entro il 12 novembre 2013 ma la relazione non è disponibile. Con riferimento all' Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) la Regione dichiara la trasformazione da sperimentazione gestionale in ente nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR
La Regione ha indicato l'ultimo Piano di Riorganizzazione approvato; dichiara inoltre di non aver regolamentato il service di laboratorio.
In merito alla medicina di laboratorio, sono state richieste integrazioni poiché la Regione non ha fornito risposte per la maggior parte dei quesiti posti nel Questionario. La Regione ha trasmesso, in risposta alla suddetta richiesta, la bozza di PO 2013-2015 relativa alla riorganizzazione della rete laboratoristica (azione 14.3.3).
Dal documento allegato, non ancora approvato dai Ministeri competenti, non è possibile estrapolare le risposte a quanto richiesto nel Questionario.

am) Controllo cartelle cliniche

INADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso il Report sui controlli dell'attività ospedaliera 2012 in cui viene descritto il Sistema regionale dei controlli e la metodologia utilizzata per l'identificazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza da sottoporre a controllo. Tuttavia non essendo pervenute le tabelle previste dalla Circolare del Mds n. 5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche" la Regione è ritenuta inadempiente.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione ha certificato il dato della spesa protesica anno 2011, che risulta non coerente con i dati del modello LA. La Regione ha tuttavia motivato la differenza attribuendola al noleggio di alcuni beni (ventilatori polmonari).

ao) Cure palliative

AO.1
INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR
Pur avendo provveduto al formale recepimento dell'Accordo relativo ai requisiti minimi e ai criteri di organizzazione delle strutture di assistenza palliativa e terapia del dolore, siglato in sede di Conferenza Stato-Regioni il 25 luglio 2013, risulta non ancora completato l'iter di accreditamento delle strutture di ricovero, né è stato fornito il numero di strutture in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000, come richiesto nella tabella degli indicatori riportata nel Questionario.

AO.2
INADEMPIENTE
Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice") la Regione non ha inviato il Piano di Adeguamento ed non ha trasmesso i dati al NSIS.

AO.3
INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR
La Regione dichiara che non è stato attivato il percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.

ap) Sanità penitenziaria

INADEMPIENTE
La Regione nella verifica 2011 è stata considerata adempiente con impegno alla stipula delle convenzioni da parte di tutte le ASL regionali entro i termini indicati nella nota prot. 8858 del 16 gennaio 2013.
Il suddetto impegno ancora non risulta assolto; si rimane in attesa di un report aggiornato sulla situazione.
Per l'anno 2012, gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl hanno consentito la dimissione di 18 internati in OPG in regime di proroga della misura di sicurezza detentiva e di 12 (non in proroga) su 39.
Con l'approvazione del Decreto del Commissario ad Acta n. U00424/2012, che è stato trasmesso alle ASL su cui ricadono il Centro di Prima Accoglienza (CPA) e l'Istituto Penale Minorile (IPM), nell'allegato n. 2 ("Percorsi sanitari del minore nell'area penale per le misure alternative") sono stati definiti strumenti e procedure per la valutazione dei bisogni terapeutici e assistenziali dei minori del circuito penale.
La Regione allega inoltre la DGR 277 del 15 giugno 2012, nella quale si procede alla identificazione delle specifiche sezioni intramurarie.
Ai fini di una valutazione positiva per l'anno 2012, si attende la risoluzione delle criticità presentate nel 2011.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
AS.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali.
La Regione ha aderito al monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni attraverso il sistema attivato da Agenas.

AS.1.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici.
La Regione ha effettuato una ricognizione delle strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici dichiarando che 12 strutture pubbliche su 21 hanno centralizzato l'allestimento degli antiblastici.

AS.1.3 Iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari relative alle Raccomandazioni ministeriali
La Regione ha attivato un solo evento effettuato nell'anno in corso (maggio 2013)

AS.2 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria.

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che 204 UO chirurgiche regionali su un totale di 262 utilizzano la Checklist di chirurgia.

AS.3 Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES.
La Regione ha aderito al sistema di segnalazione degli eventi sentinella.

Alla luce di quanto sopra esposto, la Regione viene considerata adempiente con impegno a trasmettere documentazione circa gli eventi di formazione relativi alle Raccomandazioni ministeriali avvenuti nell'anno 2012.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea
La Regione ha trasmesso la documentazione prevista dall'adempimento in oggetto, non rispettando la tempistica prevista per la trasmissione (26/06/2013). Si segnala, inoltre, che in alcuni casi non è stata prevista la tempistica correlata alle singole azioni.

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE
Sulla base della documentazione trasmessa, la Regione viene considerata adempiente.

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Salute mentale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

INADEMPIENTE
Non essendo stata trasmessa alcuna documentazione in merito al punto, non si hanno elementi utili per poter effettuare l'istruttoria.

aae) Attività trasfusionale

INADEMPIENTE
AAE.1
La Regione ha trasmesso documentazione adeguata in relazione alla ricognizione delle ST e delle unità di raccolta. Risulta pervenuta anche la documentazione relativa alle visite di verifica dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta.

AAE.2
La Regione ha trasmesso documentazione che attesta l'assegnazione dei fondi per il funzionamento della struttura di coordinamento.
Relativamente all'attribuzione alla Struttura Regionale di Coordinamento (SRC) delle funzioni previste dall'Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011, è stata fornita soltanto la Delibera di recepimento dell'Accordo. Si prende atto comunque della recente nomina (2013) del Direttore del Centro regionale sangue.

AAE.3
L'Accordo Stato-Regioni sulle Linee guida di accreditamento non è stato formalmente recepito.
Si evidenzia inoltre che la documentazione trasmessa dalla Regione può soddisfare il punto relativo all'accentramento delle attività di esecuzione degli esami di validazione biologica ma non quello delle attività di produzione.

In considerazione di quanto espresso e alla luce delle criticità del PO 2013-2015, la Regione viene considerata inadempiente.

<u>aaf) Percorso nascita</u>

INADEMPIENTE
AAF.1
La Regione Lazio non ha inviato al Comitato Percorso Nascita Nazionale la relazione richiesta circa lo stato di attuazione delle linee di indirizzo dell'Accordo del 16 dicembre 2010 specificamente individuate dal Questionario LEA; ha trasmesso la Determina B09527 del 19/12/2011 avente per oggetto "Modifica determinazione n.B1659 dell'8.3.2011: Decreto del Commissario ad Acta n. 56 del 12 luglio 2010 recante Rete dell'Assistenza Perinatale" e la Determina B02166 del 16/04/2012 avente per oggetto "Modifica determinazione n.B1659 dell'8.3.2011 Decreto del Commissario ad Acta n. 56 del 12 luglio 2010 recante Rete dell'Assistenza Perinatale – Integrazione".
Tali documenti fanno riferimento alla costituzione del Comitato Percorso Nascita Regionale, argomento della verifica LEA del 2011.
Inoltre, la Regione Lazio ha trasmesso il Progetto regionale "Promuovere l'appropriatezza dell'assistenza al parto" datato ottobre 2003 e un documento di Laziosanità - Agenzia di sanità pubblica dal titolo "Linee guida sul taglio cesareo (revisione Linee guida del 1999)" datato dicembre 2006.
Tali documenti, tenuto conto degli anni di elaborazione, non possono costituire elementi di verifica dello stato di attuazione delle linee di indirizzo dell'Accordo del 16 dicembre 2010 specificamente individuate dal Questionario LEA.

AAF.2
La Regione dichiara che nella riorganizzazione della rete dei punti nascita non sono state effettuate deroghe rispetto a quanto contenuto nell'Accordo, in contrasto con quanto dichiarato nel Questionario LEA 2011, dove la Regione dichiara di aver effettuato deroghe rispetto all'Accordo e precisa che: *"il Decreto 56 essendo antecedente all'Accordo Stato-Regioni del Dicembre 2010 ha previsto una riorganizzazione della rete perinatale su 3 livelli. A seguito dell'Accordo, il Gruppo di Coordinamento regionale sta verificando gli interventi di programmazione necessari a recepire il modello organizzativo su 2 livelli (I e II) e ridurre progressivamente le UO ospedaliere con meno di 1000 parti anno".*

L'ulteriore documentazione trasmessa dalla Regione relativa alle Reti di specialità "tempo-dipendenti" (traumi gravi, ictus, cardiologia e perinatale-Programma 13), è una proposta di rimodulazione del Piano operativo relativo alla organizzazione della rete perinatale che, pur ben

dettagliata, contiene un cronoprogramma di realizzazione che rimanda la ridefinizione del percorso nascita alla predisposizione entro il 30 aprile 2014 di un Decreto del Commissario ad acta di riorganizzazione della rete. Ne discende che la Regione, pur avendo sottoscritto l'Accordo del 2010, non ha ancora avviato alcuna azione di riorganizzazione del percorso nascita che, si sottolinea, dovrebbe concludersi entro il 2013; inoltre, allo stato attuale, così come dalla stessa Regione dichiarato, sono attivi ancora punti nascita con meno di 500 parti/anno rispetto ai quali non riferisce sulla presenza di requisiti e standard idonei a garantire qualità e sicurezza per la madre e il neonato o su eventuali azioni avviate per assicurare la presenza di questi.
La Regione non riferisce in merito all'attivazione di STAM/STEN, né di azioni relative alla seconda linea di indirizzo (integrazione territorio ospedale), alla terza linea di indirizzo (implementazione delle linee guida relative alla gravidanza fisiologica ed al taglio cesareo elaborate da SNLG-ISS ed implementazione della raccomandazione per la prevenzione della mortalità materna elaborata dal Ministero della salute), alla quarta linea di indirizzo (procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto) ed alla quinta linea di indirizzo (formazione degli operatori).

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1
ADEMPIENTE
La Regione ha individuato in maniera dettagliata tutta la rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza. Ha identificato la rete dell'emergenza territoriale nelle sue articolazioni e le modalità di integrazione con la componente ospedaliera. Nei programmi 13 e 15 del PO 2013-2015 si prevedono riduzioni del numero delle CO 118 attraverso l'adozione dell'Atto organizzativo dell'Agenzia Regionale Emergenza Sanitaria (entro il 31 gennaio 2014) che prevede la riduzione di almeno 3 CO rispetto alle 7 esistenti entro 8 mesi dall'approvazione dell'atto .
La Regione fornisce inoltre informazioni aggiornate sulle reti per le patologie tempo dipendenti, per le quali esistono gli atti costitutivi formali.

AAG.2
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato e per la completezza territoriale. Relativamente alla qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS, per quanto riguarda il tracciato del 118 - Intervento si evidenzia una criticità nella valorizzazione della prima prestazione (Tabella D). Complessivamente la Regione risulta adempiente con impegno a risolvere la criticità rilevata.

AAG.3
ADEMPIENTE
L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 14 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21) in miglioramento rispetto all'anno 2011, dove presentava un valore pari a 16.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Nella Regione Lazio i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta sono attualmente organizzati in forme associative semplici (14 di MG e 101 di Pediatria), in rete (358 di MG) e di gruppo (438 di MG e 50 di Pediatria). I modelli organizzativi in essere sono rappresentati da Unità di

Cure Primarie (UCP) semplici cui partecipano i Medici di Medicina Generale o i Pediatri di Libera Scelta collegati tra loro in rete oppure in rete organizzati con studio di riferimento (714 per i MMG e 121 per i PLS). Per il prossimo futuro la Regione intende rivisitare quanto sino ad oggi emanato per la riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza territoriale distrettuale e propone un unico modello organizzativo che superi quelli finora previsti (Ospedali Distrettuali, PTP, CeCAD) e non ancora compiutamente realizzati sull'intero territorio regionale, da espletarsi attraverso l'implementazione/realizzazione delle Case della Salute partendo dalle strutture ospedaliere in via di riconversione. A tale proposito con il DCA U00428/2013 ha approvato il documento "Raccomandazioni per la stesura degli atti aziendali di cui al DCA 206/2013 relativamente all'organizzazione delle Case della Salute". Anche per quanto concerne sia la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico che la trasmissione telematica delle ricette mediche la Regione prevede azioni di implementazione da sviluppare a breve termine.
La Regione viene considerata adempiente con impegno a fornire indicazioni sullo stato di avanzamento relativo all'attivazione delle Case della Salute programmate.

aai) Riabilitazione

INADEMPIENTE

AAI.1

La Regione non trasmette la relazione richiesta e non fornisce alcuna informazione circa gli interventi realizzati.

AAI.2

La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	15,8%	16,1%	13,5%	14,7%	12,8%	13,5%
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	7,6%	10,7%	8,0%	10,2%	9,1%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	16,5%	8,7%	17,7%	9,3%	15,2%	9,1%

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La Regione Lazio risulta sufficiente per 4 item su 5.
Tra le criticità si segnala, in particolare, tra gli indicatori di performance un livello di attività insoddisfacente per la % dei controllo sull'anagrafe ovicaprina oltre alla % dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione (45,7%).
Ha conseguito, per i flussi informativi veterinari un buon livello di adempienza (sufficiente con un punteggio pari all' 82,5% e 4 indicatori vincolanti su 6), con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione. Tra le criticità si segnala, in particolare, l'insufficiente

attività di farmacosorveglianza per gli operatori controllabili nonché il livello di attività per i controlli riguardanti le encefalopatie dei ruminanti e la malattia di Aujeszky dei suini oltre al rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo per gli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

INADEMPIENTE
Non essendo stata trasmessa alcuna documentazione in merito, non si hanno elementi utili per poter effettuare un'istruttoria.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1
Si rinvia al punto l) Controllo spesa farmaceutica per la valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea
La Regione Lazio ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare una riduzione dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR), nel corso del triennio 2010-2012, sebbene quest'ultima superi il tetto prefissato per entrambi le voci di spesa (13,68% per l'assistenza territoriale rispetto al tetto del 13,1% e 4,34% per l'assistenza ospedaliera rispetto al tetto del 2,4%). La Regione ha ancora importanti margini di miglioramento nella regolazione della propria spesa farmaceutica rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 15,5% del FSR.
Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica territoriale la Regione ha ottenuto una riduzione della spesa nel triennio 2010-2013, tramite una serie di interventi di regolamentazione dell'assistenza farmaceutica regionale, incentrati principalmente sulla razionalizzazione della spesa, attraverso la definizione di indicatori di appropriatezza prescrittiva per le categorie di farmaci a maggior consumo, e attraverso il rinnovo del protocollo d'intesa DPC.
Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, il Lazio evidenzia un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR, nonostante le misure di governo della spesa adottate. La regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, che aggiorna con una periodicità pressoché bimestrale, senza trasmetterlo all'AIFA.
Infine, la Regione ha garantito l'accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in anticipo rispetto ai tempi medi nazionali.
Nonostante i rilevanti sforzi di governo dell'assistenza farmaceutica regionale, l'obiettivo di pareggio della propria spesa farmaceutica rispetto ai tetti di spesa è ancora molto distante.

AAL.2
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi ricadente nel periodo indicato.

AAL.3
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del periodo indicato.

Liguria

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli previsti dall'adempimento in oggetto.

A seguito di comunicazioni intercorse via mail, in cui sono state rilevate alcune discrepanze in merito al controllo di verifica tra i modelli economici, la Regione ha eliminato i disallineamenti inerenti il risultato di esercizio risultanti dal confronto CE e SP. Risultando superate le discrepanze predette, si può considerare la Regione adempiente.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La copertura dei dati risulta complessivamente buona, pur in presenza di criticità nella compilazione dei nuovi campi della SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera (D.M. 135 del 8 luglio 2010).

La qualità dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sul flusso informativo SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera e compilazione dei nuovi campi della SDO.

La Regione deve integrare la banca dati NSIS. Deve in particolare eliminare le criticità nei flussi informativi SDO – Scheda di Dimissione ospedaliera e compilazione dei nuovi campi della SDO.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione con un punteggio pari a 176 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Rispetto al 2011, ha dimostrato dei miglioramenti per gli indicatori riguardanti la copertura vaccinale per MPR e gli screening mentre per l'indicatore "copertura vaccinale antinfluenzale nell'anziano" il dato è in decremento (la Regione ha fornito una nota al riguardo che fissa per il 2013, nei confronti dei DG delle Asl, l'obiettivo del 75% della copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani). Si denotano delle criticità anche per l'indicatore "Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari". La Regione pertanto può essere considerata adempiente con impegno per l'anno 2013 a conseguire miglioramenti sui suddetti indicatori.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla Base Dati nazionale risulta che, a gennaio 2013, la Regione Liguria ha una dotazione complessiva di 6.015 posti letto, pari a 3,84 per 1.000 abitanti, di cui 3,24 per pazienti acuti (5.077 posti letto) e 0,60 per riabilitazione e lungodegenza (938 posti letto).

L'offerta di posti letto regionali mostra un trend in progressivo decremento nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) e, per l'anno 2012, risulta lievemente superiore rispetto allo standard previsto dalla Legge 135/2012.

In riferimento alla tematica inerente l'offerta di posti letto, la Regione risulta aver trasmesso documentazione relativa al potenziamento dell'offerta territoriale e all'adeguamento dell'offerta ospedaliera agli standard nazionali previsti della Legge 135/2012.

F.2

ADEMPIENTE

In sede di prima valutazione la Regione ha mostrato per l'anno 2012 un Tasso di Ospedalizzazione per 1000 abitanti di 172,56, con una quota per il regime diurno pari al 36,2%. Si chiedeva alla Regione di adottare un provvedimento, del quale aveva fornito anticipazione, atto a garantire il raggiungimento dei nuovi standard di ospedalizzazione.

Successivamente, la Regione ha provveduto a trasmettere la deliberazione n. 1570/2013 che definisce i criteri attuativi, operativi e di fruibilità per il trasferimento al regime ambulatoriale delle prestazioni afferenti al DRG 410 – chemioterapia; detto provvedimento non ricomprende la quantificazione dell'impatto sui valori di ospedalizzazione attualmente espressi. Tuttavia, in considerazione che l'impegno all'adozione del provvedimento in parola è stato prontamente assolto, e visto che in detto provvedimento risulta attribuito all'Agenzia Sanitaria Regionale il compito di determinare l'impatto sui valori di ospedalizzazione, la Regione è considerata adempiente.

g) Appropriatezza

Nella valutazione 2011 la Regione era risultata adempiente con impegno a fornire evidenze circa l'effettiva adozione di misure di penalizzazione dei ricoveri ordinari eccedenti le soglie.

In data 18 dicembre 2013, la Regione ha trasmesso una relazione nella quale specifica che nel corso del 2012 sono state effettuate verifiche sull'appropriatezza.

Per le strutture private accreditate, le verifiche sono state affidate ai nuclei operativi di controllo istituiti presso le Aziende Asl.

Per le Aziende sanitarie e gli enti del SSR, invece, i controlli effettuati hanno inciso sulla premialità dei Direttori generali. A seguito delle valutazioni effettuate, in particolare, è stato, per il 2011, limitato il livello massimo di premialità dei Direttori generali al 5% della retribuzione, a fronte di un massimo erogabile del 20%.

La relazione non chiarisce a sufficienza se e come vengano applicate misure sanzionatorie nei confronti degli erogatori di prestazioni inappropriate, in specie privati, facendo generico riferimento a quanto contenuto nei contratti ("i contratti prevedono che all'esito delle verifiche si addivenga alla ridefinizione della classificazione delle prestazioni rese, con conseguenti effetti di penalizzazione tariffaria").

Tuttavia, in data 17 gennaio 2014 la Regione trasmette i chiarimenti richiesti in ordine alle misure sanzionatorie nei confronti degli erogatori di prestazioni inappropriate, in specie privati. Nella nota, in particolare, si specifica che ogni singolo contratto prevede specifiche modalità sia per l'effettuazione delle verifiche sia per gli effetti penalizzanti delle stesse in caso di esito negativo. Si trasmettono, in ogni caso, i contratti conclusi con le cinque strutture ospedaliere private accreditate della Regione. Secondo quanto indicato nei contratti allegati, dagli esiti derivanti dai controlli effettuati potrà derivare una diversa codifica, classificazione e, quindi, valorizzazione economica delle prestazioni.

Alla luce di quanto sopra esposto, la Regione viene considerata adempiente per l'anno 2011.

Per l'anno 2012, ai soli fini informativi, la Regione si colloca in una situazione critica per il solo DRG 282 "Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni", quindi con una percentuale di DRG in area critica inferiore all'1%. Circa il 7% dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza.

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

H.1 Monitoraggio ex post

La Regione svolge attività di monitoraggio ex post. Dai dati pervenuti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) si segnala che i campi seguenti non risultano adeguatamente coperti sia per il I che per il II semestre 2012. Infatti:

- Campo classe priorità prestazione → 28,31% (I semestre); 39,02% (II semestre)
- Campo Garanzia tempi di attesa → 6,64% (I semestre); 12,02% (II semestre)
- Campo Prestazioni in primo accesso → 20,18% (I semestre); 26,88% (II semestre)
- Campo Struttura sanitaria erogatrice →22,06% (I semestre); 23,08% (II semestre).

Non è stato possibile calcolare l'indicatore dei Tempi di Attesa, previsto solo per le Regioni per le quali risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.
La Regione ha trasmesso la nota DG/2013/183679 che attesta come le percentuali di copertura dei campi "Classe di priorità", "Garanzia tempi di attesa" e "Prestazioni in primo accesso" sia migliorata, ma niente riferisce sulla problematiche connesse ai valori ancora al di sotto della soglia prevista.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto il monitoraggio ex ante nel corso dell'anno 2012. I dati pervenuti riguardano la rilevazione aprile 2012 e la rilevazione ottobre 2012. Le soglie di garanzia risultano essere:

- % di garanzia Classe B Aprile 99,12%
- % di garanzia Classe D Aprile 82,51%
- % di garanzia Classe B Ottobre 97,96%
- % di garanzia Classe D Ottobre 99,31%.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Campo Data Prenotazione:

- Regime ordinario. Campi compilati correttamente 87,11%.
- Regime DH. Campi compilati correttamente 63,63%

Campo Classe di priorità:

- Regime ordinario. Campi compilati correttamente 85,85%
- Regime DH. Campi compilati correttamente 60,21%

La completezza di trasmissione dei suddetti campi deve corrispondere al 90%, tuttavia si apprezza il trend in miglioramento dei dati.
La Regione ha emesso nuove specifiche tecniche per il flusso SDO e sottolinea nella nota informativa alle Aziende sanitarie l'obbligo di compilare correttamente i campi relativi alle liste di attesa.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni

La Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni e fornisce le indicazioni per sopperire ai disagi in seguito alle sospensioni.

H.5 Monitoraggio PDT complessi

Dall'esame dei dati pervenuti risulta che il monitoraggio viene effettuato.

La Regione è considerata adempiente con impegno a fornire le motivazioni della non corretta valorizzazione dei campi indicati per il monitoraggio ex post e di provvedere con opportune azioni.

I) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

La Regione Liguria ha evidenziato nel 2012 una spesa farmaceutica territoriale di 365,6 milioni di Euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 13,1% del Fabbisogno sanitario regionale dello -1,24% (-38,1 milioni di Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2012 risulta superiore rispetto a quella inizialmente prevista dall'AIFA ai sensi dell'art.5, comma 4, della L.222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 145,6 milioni di Euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno sanitario regionale del 2,32% (+71,6 milioni di Euro).

La Regione Liguria evidenza una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 33,5 milioni di Euro. La Regione, pur rispettando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, evidenza il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.

Pertanto, per il parere finale si rimanda alla valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato LEA, al fine di verificare la compensazione dei disavanzi della spesa farmaceutica con altre voci di spesa del Servizio sanitario regionale, o di altre voci del bilancio regionale.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: LIGURIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	246.442.028,92	8,00%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	4.536.975,00	0,15%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	8.624.697,00	0,28%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	107.574,00	0,00%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	89.753.823,00	2,91%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	42.677.119,00	1,38%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	19.696.648,00	0,64%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	22.980.471,00	0,75%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**365.603.724,92**	**11,86%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	3.081.963.830,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	403.737.261,73	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-38.133.536,81	-1,24%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	345.013.850,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	238.628.000,00	7,74%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	2.422.557,00	0,08%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	137.469,00	0,0045%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	755.644,00	0,02%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**145.558.507,00**	**4,72%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	3.081.963.830,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	73.967.131,92	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	71.591.375,08	2,32%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE

Relativamente ai Processi di verifica e validazione dei dati e di governo sui sistemi informativi, la Regione dichiara che la trasmissione delle informazioni non è centralizzata a livello regionale per tutti i flussi ad eccezione dei flussi SDO, CEDAP, EMUR, SIAD, FAR, SISM, SIND e HOSPICE. La validazione delle informazioni non è centralizzata a livello regionale per tutti i flussi ad eccezione dei flussi FLS.11, FLS.12, STS.11, STS.14, RIA.11, HSP.11, HSP.12, HSP.13, HSP.14, HSP.16, FLS.18, FLS.21, STS.24, HSP.22bis, HSP.24 - DPCM SDO, CEDAP, EMUR, SIAD, FAR, SISM, SIND e HOSPICE.

La regione risulta pertanto adempiente, tuttavia si suggerisce di prevedere la validazione a livello regionale al fine di ridurre gli scarti successivi ai controlli NSIS e migliorare la qualità dei dati.

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE
La Regione ha provveduto ad ottemperare agli adempimenti necessari al fine di attivare la procedura di adozione della contabilità analitica. La Regione ha provveduto, inoltre, ad integrare con delibera 869/2013 l'atto di nomina del responsabile dello stato di implementazione della contabilità analitica.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione ha rispettato l'adempimento in oggetto, non avendo apportate modifiche rispetto all'anno precedente.

p) Dispositivi medici

P.1
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

P.2-P.3
La Regione ha partecipato costantemente a tutte le riunioni del Gruppo di Lavoro Nazionale (6/6) costituito ai fini dell'implementazione del corretto avvio dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici. In tale ambito ha apportato il proprio contributo attraverso una spiccata analisi delle criticità, tale da scomporle in elementi essenziali, per comprendere i problemi in profondità e realizzare una visione globale risolutiva.
La Regione ha apportato il proprio proattivo contributo partecipando alla stesura delle "Linee Guida per il tracciato Contratti" elaborato dal Sottogruppo di Lavoro "Contratti" e nell'ambito del Sottogruppo di Lavoro "Unità di misura" nella definizione delle "Linee Guida per il tracciato Unità di misura".
Per quanto attiene alla verifica dei tempi e delle modalità di applicazione da parte delle strutture sanitarie di quanto disposto dal DM 11 giugno 2010, ha coordinato la stesura della bozza delle "Linee Guida per potenziare la consultazione e l'utilizzo del Repertorio dei Dispositivi Medici" elaborata dal sottogruppo appositamente riunitosi.
La diffusione delle informazioni agli operatori delle strutture sanitarie del territorio di competenza è stata realizzata in modo eccellente.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2
ADEMPIENTE
Il punteggio totale riportato dalla Regione è di **23** punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale del disabile: 1 punto
Offerta assistenziale: 9 punti
Ripartizione degli oneri: 9 punti
Fornitura dati posti letto: 4 punti.

S.3
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza Domiciliare relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

S.4
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE
La Regione ha adottato la DGR 1061 in cui si stabilisce l'abbattimento della tariffa per la lungodegenza ospedaliera del 30% oltre il valore soglia dei 60 gg.

u) Piano nazionale della prevenzione

ADEMPIENTE
Il valore dell'adempimento risulta pari a 100 ovvero superiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.

- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: ADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: ADEMPIENTE
- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza: ADEMPIENTE
- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: ADEMPIENTE
  In ordine alla tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro, la Regione Liguria ha provveduto nel corso del 2012, attraverso la campagna regionale di Prevenzione, avviata nel 2011, a sensibilizzare principalmente i lavoratori e gli addetti del settore sul tema della sicurezza nel settore edile, attraverso la diffusione di filmati informativi, rivolti anche ad un pubblico più vasto. Il potenziamento attuato comprende anche l'attivazione di corsi di formazione in edilizia per gli studenti di tutti gli Istituti Tecnici per Geometri della Liguria, la produzione e diffusione di materiale informativo.
  E' stata raggiunta e superata la copertura del 5% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE
E' stato chiesto alla Regione di fornire i seguenti documenti

- piani Formativi allegati alla DGR 545/2013

- credenziali di accesso al sistema ECM regionale
- provvedimenti di nomina dei componenti dell'Osservatorio regionale

e di impegnarsi ad adottare e a predisporre, in tempi brevi, il tracciato unico (Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009) definito dalla Commissione Nazionale Formazione Continua per l'invio dei dati dei partecipanti agli eventi formativi regionali al COGEAPS, al fine di garantire un interscambio di dati con i vari enti accreditanti.
La Regione ha trasmesso la documentazione richiesta che è stata valutata positivamente.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE
X.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Linee guida cliniche attraverso PDT
Con DGR 518 del 4 maggio 2012 "Approvazione protocollo per la gestione integrata delle patologie croniche epidemiologicamente più rilevanti (diabete, scompenso cardiocircolatorio, broncopneumopatia cronica ostruttiva)", la Regione formalizza le procedure per il monitoraggio dell'implementazione delle Linee Guida in questi specifici ambiti. La verifica di tale monitoraggio spetta all'Agenzia Sanitaria Regionale che provvede a rilevamenti periodici su indicatori di interesse a partire da flussi istituzionali.

X.1.2 Monitoraggio dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale nell'anno 2012.
La Regione ha proseguito l'attività di monitoraggio (che rientra nella composizione degli obiettivi dei Direttori Generali) dandone riscontro alle AA.OO e alle ASL.

X.1.3 Esistenza a livello regionale di una funzione (ufficio/servizio/gruppo di lavoro) che svolge regolarmente la raccolta e l'analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.
La Regione indica il Controllo Valutazione della Produzione Sanitaria e Sistemi Informativi, in staff alla Direzione Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale, quale struttura designata all'attività di raccolta e analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE
La regione ha trasmesso il provvedimento ricognitivo di cui al Patto per la salute.
La Regione dichiara di garantire alcune prestazioni aggiuntive tra le quali prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale come complementari e contestuali a quelle essenziali, all'interno di trattamenti di disabilità che necessitino di training di recupero e di rieducazione funzionale (mesoterapia, elettroterapia antalgica, laserterapia antalgica, ultrasuono terapia) e prestazioni di assistenza farmaceutica, inclusi farmaci di classe C, individuate nel protocollo terapeutico stabilito per le diverse patologie (rare) ai sensi del comma 3, dell'art. 7 del D.M. n. 279 del 18/05/2001.
I dati dichiarati risultano conformi a quanto indicato dalla Regione nel Modello LA – allegato 5.
La Regione fornisce anche chiarimenti sui contributi erogati per l'acquisto di parrucche a favore di pazienti oncologici, specificando che sono riferibili esclusivamente all'ambito ed ai fondi sociali.

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE
La Regione Liguria ha adempiuto a quanto disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004, fornendo quanto richiesto. Infatti, per quanto riguarda le risorse residue, la Regione ha sottoscritto in data 18 marzo 2009 un Accordo di programma nel quale riserva il 15% delle risorse disponibili al

potenziamento ed ammodernamento tecnologico e in data 8 marzo 2013 un Accordo di programma che riserva il 15,8% delle risorse al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE
La Regione Liguria ha relazionato dettagliatamente sull'iter dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie operanti nella regione.
Dalla documentazione emerge che la Liguria ha concluso l'iter; infatti delle 68 strutture ancora in esame, 51 di queste hanno ricevuto il provvedimento finale (per 18 di esse è in corso la formale adozione del provvedimento amministrativo), 3 sono ancora in valutazione ma tale procedura si concluderà entro il 20 dicembre 2013 e per le restanti 14 sono stati avviate le procedure per l'uscita dal quadro degli erogatori a carico del SSN/SSR.

aj) Sperimentazioni gestionali

ADEMPIENTE
La regione Liguria ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali compilata in tutte le sue parti. Ha indicato la normativa regionale emanata in materia di sperimentazioni gestionali (L.R. 41/2006) e ha allegato la normativa di riferimento di tutte le innovazioni presenti al 31 dicembre 2012.
Rispetto al Questionario 2011 sono presenti due innovazioni gestionali: “Le medicine di gruppo come centri di responsabilità aziendali” e “Centro per il recupero della mobilità passiva ortopedica per i cittadini Liguri”; la Regione ha allegato, per entrambe, le delibere regionali autorizzative. Con riferimento alla prima innovazione la Regione ha allegato la delibera di approvazione (n. 278/2012) del progetto di sperimentazione, la cui natura giuridica è il Consorzio; in merito alla seconda innovazione si tratta di un’estensione ai cittadini della ASL1 Imperiese di un progetto di sperimentazione già attivo nel 2011, nella ASL2 Savonese, ma non dichiarato nel Questionario 2011. Pertanto, è stato chiesto alla Regione di fornire chiarimenti oltre a relazionare in merito alla gestione del personale del SSN.
In risposta la Regione ha specificato che la sperimentazione è stata sì autorizzata nel 2011 ma avviata solo a fine 2011 e per tale ragione non è stata indicata nel Questionario; ha inoltre fornito indicazioni in merito alla gestione del personale specificando che le funzioni oggetto della sperimentazione sono integralmente assicurate attraverso personale assunto dall’impresa aggiudicataria che partecipa alla sperimentazione.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

ADEMPIENTE
La Regione ha indicato ed allegato la normativa di riorganizzazione della rete pubblica.
Con riferimento alla riorganizzazione della rete privata la Regione ha relazionato in merito al percorso messo in atto, a partire da settembre 2013 e che dovrà concludersi entro gennaio 2014, finalizzato alla riorganizzazione della rete privata, caratterizzato da una forte integrazione tra pubblico e privato accreditato.
Ha quindi trasmesso un documento esplicativo dello stato di avanzamento del percorso attuato contenente anche informazioni previsionali in merito al completamento del processo di riorganizzazione della rete laboratoristica, sia pubblica che privata.

Ha indicato ed allegato la delibera regionale (DGR 617/12) di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni 23 marzo 2011 ed ha risposto a tutti i quesiti del Questionario relativi alla medicina di laboratorio.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE
La Regione Liguria ha inviato il report sui controlli delle cartelle cliniche in cui dettaglia la metodologia adottata per l'identificazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza (ricoveri DH medici a carattere diagnostico, parti cesarei, DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario - Patto per la Salute 2010-2012, peso medio DRG).
In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009), la Regione nel complesso raggiunge la soglia del 2,5% dei controlli sulle cartelle cliniche; si rileva nello specifico che per le strutture private accreditate la quota di controlli è minore (1,8% di cartelle cliniche controllate sul totale delle cartelle cliniche).
In riferimento alla Tabella 1 (Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) emerge che sia per le strutture pubbliche che per quelle private è stata eseguita una percentuale di controlli analitici casuali superiori al 10%; si ricorda tuttavia che ai sensi del DM del 10 dicembre 2009 il controllo analitico casuale del 10% delle cartelle cliniche deve essere assicurato per ciascun soggetto erogatore. Delle cartelle controllate non sono state confermate il 2% delle cartelle cliniche per le strutture pubbliche ed il 4% per le strutture private accreditate.
Riguardo le misure adottate, la Regione Liguria specifica che per le strutture pubbliche non sono applicati abbattimenti tariffari in caso di cartelle cliniche non confermate poiché per le stesse strutture non si adotta un sistema di finanziamento a prestazione. Pertanto le Aziende sanitarie provvedono alla correzione della codifica SDO, all'organizzazione di eventi formativi rivolti specificatamente alle strutture a carico delle quali sono stati rilevati errori di codifica che incidono sul valore del DRG, ed istituiscono nuovi percorsi al fine di rendere possibile un setting corretto.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione ha certificato il dato della spesa protesica anno 2011, che risulta non coerente con i dati del modello LA. La Regione ha fornito il dettaglio per singola azienda relativo alle discrepanze e ha emanato le linee guida indirizzate a tutte aziende al fine di superare gli errori di contabilizzazione dell'assistenza protesica nel modello LA per l'anno 2013.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE
Sulla base della documentazione trasmessa la regione può essere considerata adempiente. Si valuta positivamente l'azione di formalizzazione della rete di terapia del dolore, che appare in linea con i disposti normativi di riferimento.
Si rileva tuttavia che non sono stati trasmessi i progetti di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2010.

AO.2
ADEMPIENTE

Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice”) la Regione ha inviato il Piano di Adeguamento in cui pianifica l'invio dei dati dal III trimestre 2012. Nel NSIS risultano effettivamente i dati relativi al III e al IV trimestre 2012 .

AO.3
ADEMPIENTE
La regione trasmette documentazione relativa alla formale istituzione della rete in recepimento della normativa nazionale di riferimento. Considerato che la Regione ha ottemperato a tutti gli adempimenti evidenziati nella tabella del Questionario relativa al percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia, si ritiene la stessa adempiente.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE
Nella verifica 2011 la Regione presentava un impegno a completare la sottoscrizione delle convenzioni sui locali e ad attivare interventi per la valutazione precoce dei minori.
In particolare, per quanto riguarda la convenzioni per l’uso dei locali la Regione invia un aggiornamento sulla sottoscrizione dei protocolli ASL-CGM dalla quale emerge che nelle ASL 2 e 5 il protocollo è stato sottoscritto, nelle ASL 3 e 4 è stato adottato con delibera dalla ASL e sarà sottoscritto entro dicembre 2013 e nella ASL 1 il testo del protocollo è stato definito e sono stati avviati i contatti con il CGM.
La Regione trasmette la DGR 1448/2013 “Linee guida presa in carico minori” con la quale vengono stabiliti percorsi di cura per la presa in carico, valutazione, cura e riabilitazione dei minori sottoposti a procedimento penale e si dà mandato alle ASL di attuare le indicazioni organizzative e operative in esse definite.
Alla luce di quanto sopra esposto, si considera superato l’impegno per l’anno 2011; per il 2012 la regione viene considerata adempiente.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE
Dall’analisi della documentazione pervenuta risulta quanto segue.

AS.1.1 Monitoraggio dell’implementazione delle Raccomandazioni ministeriali
La Regione non ha provveduto con atto formale al monitoraggio dell’implementazione delle Raccomandazioni ministeriali, tuttavia ha recepito 8 raccomandazioni ministeriali e il manuale per la sicurezza in sala operatoria. La Regione e le Aziende Sanitarie hanno inoltre provveduto al monitoraggio delle raccomandazioni legate agli eventi sentinella attraverso il sistema attivato da AGENAS.

AS.1.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici
La Regione ha effettuato una ricognizione delle strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l’allestimento dei farmaci antiblastici, allegando il documento di ricognizione.

AS.1.3 Iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari relative alle Raccomandazioni ministeriali
La Regione ha inviato l’elenco degli eventi formativi rivolti agli operatori sanitari sulle raccomandazioni ministeriali.

AS.2 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio da cui risulta che il numero di UO che utilizzano la Checklist sono 110 su un totale di 113 UO chirurgiche in 41 Aziende sanitarie, di cui 34 pubbliche e 7 Private Accreditate.

AS.3 Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES
La Regione Liguria ha trasmesso la documentazione circa l'elenco dei referenti del SIMES e il report degli Eventi Sentinella segnalati dalle Aziende sanitarie e validati dalla Regione nell'anno 2012.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Valutazione Tavolo adempimenti
La Regione ha trasmesso la documentazione prevista dall'adempimento in oggetto, anche se non ha rispettato la tempistica (26/06/2013).
Si fa presente, inoltre, che la relazione di accompagnamento non rispetta il format ex Decreto del 1 marzo 2013.

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che all'interno del proprio territorio sono implementati 2 CUP a copertura di tutte le strutture sanitarie regionali. E' presente 1 CUP unificato implementato dalle aziende: ASL 1, ASL 2, ASL 3, ASL 5 E.O. OSPEDALI GALLIERA, OSPEDALE EVANGELICO, IRCCS A.O.U. SAN MARTINO-IST. Non sono presenti CUP integrati; il CUP Aziendale della ASL 4 è in fase di integrazione.

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la salute mentale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, risulta che la Regione ha inviato i dati completi per quanto riguarda l'assistenza territoriale, mentre per quanto riguarda l'attività residenziale mancano i dati della ASL 105. Nel caso delle prestazioni residenziali i dati hanno superato solo parzialmente i controlli.
Per quanto riguarda la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS si evidenziano delle criticità relative ai dati di contatto dei tracciati dell'attività residenziale e territoriale.
Si fa presente che, sulla base della verifica sul NSIS dei dati I semestre 2013, si è riscontrato che la Regione ha trasmesso i dati della ASL 105 per il 2013.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che il sistema FSE si compone di componenti centrali e componenti istallate presso ciascuna ASL. Non è stata raggiunta la copertura totale delle aziende e non si ha evidenza del volume dei documenti integrati. La Regione inoltre non fornisce alcuna indicazione circa il profilo sanitario elettronico e il coinvolgimento dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

L'invio di documentazione integrativa relativa allo stato di implementazione del FSE con particolare riferimento al coinvolgimento diretto dei MMG e dei PLS per la produzione del patient summary, consente di valutare la regione adempiente.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

AAE.1

La Regione ha soddisfatto tutti i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.

AAE.2

La Regione ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011. Riguardo l'utilizzazione dei fondi assegnati per l'istituzione e il funzionamento della SRC, la documentazione prodotta (Decreto n. 3562 del 14 novembre 2007) è riferita solo all'anno 2007, senza ulteriori chiarimenti sulle recenti disposizioni. In merito è stata inviata una richiesta di integrazioni, in seguito alla quale è stata trasmessa utile documentazione, che consente di esprimere una valutazione positiva.

AAE.3

E' stato formalmente recepito dalla Regione l'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012, e sono state intraprese iniziative per la razionalizzazione delle attività di lavorazione del sangue e produzione degli emocomponenti delle attività diagnostiche di qualificazione biologica degli emocomponenti, conformemente alle Linee guida.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

AAF.1

La Regione Liguria ha inviato al Comitato Percorso Nascita Nazionale la relazione richiesta con relativo cronoprogramma circa lo stato di attuazione delle linee di indirizzo dell'Accordo del 16 dicembre 2010, che appare esaustiva sui modi e i tempi della realizzazione delle azioni indicate nel Questionario.

Relativamente alla prima linea di indirizzo (misure di politica sanitaria e di accreditamento con riferimento a chiusura dei punti nascita e attivazione STAM e STEN), si rileva che i provvedimenti di chiusura dei punti nascita con n. di parti < 500 sono già stati attuati tra il 2010 e il 2011. Inoltre la Regione dichiara che il Sistema STAM E STEN è stato definitivamente e completamente messo a regime e che, mediante un atto in corso di formalizzazione tramite una DGR, saranno coinvolti tutti i punti nascita regionali e verrà prodotta una reportistica annuale per i monitoraggio, con una tempistica definita nel cronoprogramma allegato.

Relativamente alla seconda linea di indirizzo (integrazione territorio ospedale) e alla terza linea di indirizzo (implementazione delle linee guida relative alla gravidanza fisiologica ed al taglio cesareo elaborate da SNLG-ISS ed implementazione della raccomandazione per la prevenzione della mortalità materna elaborata dal Ministero della salute), la Regione dichiara che, per quanto riguarda le azioni di integrazione ospedale territorio, le ASL liguri dispongono di protocolli di gestione del percorso nascita; chiarisce inoltre che nella ASL 3 insistono in totale 5 punti nascita per cui è in corso di elaborazione da parte del Comitato Percorso Nascita Regionale un progetto specifico al fine di determinare una totale integrazione tra il territorio e i punti nascita. Relativamente all'implementazione delle linee guida sulla Gravidanza fisiologica e sul Parto cesareo, la Regione Liguria nel cronoprogramma individua una prima fase con scadenza dicembre 2003 per l'elaborazione di uno strumento per il monitoraggio delle Linee guida ed una seconda fase con

scadenza aprile 2013 per la predisposizione di un report di monitoraggio. Nulla viene dichiarato relativamente all'implementazione della Raccomandazione ministeriale sulla prevenzione della mortalità materna.
Relativamente alla quarta linea di indirizzo (procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto), la Regione dichiara che le procedure per il controllo del dolore sono disponibili nell'85% dei punti nascita, in particolare in 8 punti nascita è possibile effettuare tali procedure con modalità h24 mentre in 3 la disponibilità è di 12h. Poiché tuttavia si verifica un sottoutilizzo delle procedure per il controllo del dolore in travaglio e parto, la Regione dichiara che è in itinere, con scadenza settembre 2013, l'elaborazione di un questionario di approfondimento sulle cause di tale fenomeno e che i risultati con le relative proposte di miglioramento avranno come scadenza temporale febbraio 2014.
In merito alla quinta linea di indirizzo (formazione degli operatori), la Regione ha inviato una nota del Direttore Generale del Dipartimento della salute e servizi sociali, con la quale si rappresenta la necessità e quindi l'impegno della Regione a procedere alla riorganizzazione del Sistema ECM regionale, puntando sulla qualità formativa, per adeguarlo ai contenuti del Piano Sanitario Regionale, alle esigenze dei professionisti e ai fabbisogni di salute espressi dai cittadini. In tal senso la Regione Liguria si farà carico di individuare obiettivi formativi regionali comuni a tutte le Aziende e agli operatori, secondo le specifiche professionalità e i ruoli ricoperti.
Si prende atto dell'attenzione della Regione alla problematica della formazione continua degli operatori a garanzia della qualità e della sicurezza dell'assistenza sanitaria.

AAF.2
La Regione dichiara che non sono state effettuate deroghe rispetto a quanto contenuto nell'Accordo.

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad inviare il programma e la tempistica delle attività di formazione multiprofessionali e multidisciplinari specificamente rivolte alle tematiche del percorso nascita previste dall'Accordo del 2010.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1
ADEMPIENTE
La Regione ha individuato in maniera dettagliata tutta la rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza–urgenza, articolati secondo le linee guida del 1996 e distinti per ASL di appartenenza, ha identificato la rete dell'emergenza territoriale nelle sue articolazioni nonché le modalità di integrazione tra le due componenti e con la componente della continuità assistenziale. E' presente un coordinamento regionale delle attività. Ha definito e attivato i Percorsi delle Patologie ad alta complessità, anche se indica solo per la rete trauma l'atto formale istitutivo.

AAG.2
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

AAG.3
ADEMPIENTE
L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 12 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21) con sostanziale stabilità rispetto all'anno 2011, dove presentava un valore pari a 13.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

La relazione trasmessa dalla Regione fornisce una descrizione del processo di riorganizzazione delle Cure Primarie avviato dalla Regione con DGR n. 675/2009 con particolare riferimento alle modalità organizzative e al numero delle figure professionali coinvolte nelle forme associative. Queste sono rappresentate dalla medicina in associazione semplice (92), medicina in rete (66) e di gruppo (138). Nell'ambito dei modelli organizzativi sono state attivate 7 Unità complesse di Cure Primarie (UCCP) e 3 Case della salute per le quali la Regione fornisce l'elenco dei principali servizi erogati. Sono state altresì individuate 49 postazioni di Continuità assistenziale. L'utilizzo dei sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico da parte dei MMG risulta essere del 100%. In merito alla gestione della scheda sanitaria individuale, alla percentuale di MMG che partecipano alle AFT e al numero di MMG, PLS e MSA che partecipano alle UCCP, la Regione riferisce i relativi indicatori che risultano essere rispettivamente: 100%, 75% e n. 55 medici complessivi (MMG-PLS-MSA).

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

AAI.1

In merito ai singoli punti oggetto di valutazione, riportati nelle Note di compilazione del Questionario, si evidenzia quanto segue.

a) I rappresentanti delle Aziende della regione, coordinate dall'Agenzia regionale sanitaria e dal Gruppo ligure della SIMFER, hanno partecipato attivamente all'attuazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione allo scopo di uniformare i protocolli operativi e le procedure organizzative. Si ritiene che la partecipazione attiva delle Aziende sanitarie alle riunioni dei gruppi di lavoro rappresenti una efficace modalità di comunicazione e di condivisione.

b) Il documento IPER 2, predisposto a cura dell'Agenzia regionale, prevede un completo pacchetto di indicatori per la valutazione e l'auto-valutazione dell'efficacia delle procedure in essere. Con la Determinazione del Direttore generale dell'Ars n. 101 del 12 dicembre 2013 si stabilisce l'adozione degli indicatori IPER per la valutazione dell'appropriatezza dell'offerta riabilitativa delle strutture e del percorso del paziente all'interno di esse. L'ARS Liguria effettua il monitoraggio periodico dell'utilizzo dello strumento anche attraverso riunioni e verifica della continuità dei flussi.

c) In base alla lettura del documento IPER 2 e dalla sintetica nota trasmessa, si ritiene che il PRI sia estesamente utilizzato in ogni procedura ed attività; non sono note eventuali azioni regionali di monitoraggio e controllo sull'impiego effettivo di tale strumento.

d) L'Asl 3 Genovese (capofila) ha prodotto un documento per la valutazione della complessità clinico–gestionale e sugli aspetti essenziali del progetto riabilitativo di struttura. E' dichiarata una percentuale di adesione del 70% tra le strutture della Regione.

e) La Regione trasmette la Determinazione del Direttore generale dell'Ars n. 101 del 12 dicembre 2013 recante Indirizzi regionali in materia di "Presa in carico riabilitativa a lungo termine del soggetto disabile con quadro clinico complesso" e di "Classificazione dei mandati riabilitativi delle strutture a ciclo continuativo e diurno" che ha recepito i risultati dell'iniziativa pilota della Asl 3 Genovese per l'integrazione in rete dei servizi e il miglioramento della transizione dei pazienti.

AAI.2

La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo

scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	16,1%	16,1%	14,3%	14,7%	11,7%	13,5%
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	18,7%	10,7%	14,7%	10,2%	15,0%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	3,5%	8,7%	2,9%	9,3%	3,1%	9,1%

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE
La Regione Liguria risulta sufficiente per 5 item su 5.
Ha conseguito, per i flussi informativi veterinari, un buon livello di adempienza (sufficiente con un punteggio pari all'91% e 5 indicatori vincolanti su 6), con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione. In proposito tra le criticità si segnala, in particolare, l'insufficiente attività di farmacosorveglianza per gli operatori controllabili nonché il rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo per gli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale e, per gli indicatori di performance, il 39,5% dei campioni previsti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
Si prende atto che con DGR 475 del 03 maggio 2013 la Regione ha recepito le Linee Guida di cui all'Intesa Stato-Regioni del 4 Aprile 2012.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1
ADEMPIENTE
La Regione Liguria ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare una progressiva riduzione dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul fabbisogno sanitario regionale (FSR), in particolare nel corso del 2012 (16,6% nel 2012, rispetto al 15,5% dato dalla somma dei tetti 13,1%+2,4%), benché la Regione abbia margini di miglioramento nella regolazione della propria spesa farmaceutica rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 15,5% del FSR. Tale risultato è stato conseguito in particolare per effetto della progressiva riduzione, nel corso dell'ultimo triennio, dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale. In questo ambito assistenziale la regione Liguria ha ottenuto un contenimento della spesa definendo direttive e indirizzi per le Aziende sanitarie e per gli enti equiparati, finalizzati alla qualificazione dell'assistenza farmaceutica, attraverso l'adozione di linee guida e protocolli di assistenza, il monitoraggio dell'attività prescrittiva e migliorando la qualità dei flussi informativi. Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la Regione evidenzia un trend lievemente crescente dell'incidenza della spesa sul FSR, dovuto sostanzialmente ad un incremento dei farmaci in distribuzione diretta. La Regione segnala di aver provveduto alla

correzione dei dati del conto economico 2012, relativo alla corretta classificazione della spesa per vaccini sulla base del DM 15/6/2012 “Nuovi modelli di rilevazione economica «Conto economico» (CE) e «Stato patrimoniale» (SP) delle aziende del Servizio sanitario nazionale”. Tale comunicazione implica la modificazione dell’incidenza della spesa farmaceutica ospedaliera sul FSR riportata nella scheda farmaceutica territoriale ed ospedaliera all’allegato 1-sexies del questionario LEA 2012.
La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, che aggiorna con una periodicità semestrale, trasmesso all’AIFA. Infine, la regione Liguria ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, al di sotto della media delle altre regioni italiane.

AAL.2
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi ricadente nel periodo indicato.

AAL.3
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del periodo indicato.

Lombardia

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli previsti dall'adempimento garantendo la coerenza tra i modelli CE e LA.

Per quanto riguarda la verifica di qualità del modello SP in termini di coerenza interna, si evincono discrepanze tra la somma delle aziende, GSA ed il 999. La Regione ha fornito dettagliate spiegazioni sulle differenze rilevate a livello di consolidamento, non riferibili unicamente alle voci R e RR. Si chiede tuttavia alla Regione di attivarsi per il futuro al fine di assicurare una corretta e puntuale contabilizzazione, nel rispetto del dettato normativo del D.Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii. e della relativa casistica applicativa.

Statistici

ADEMPIENTE

La copertura e la qualità dei dati risultano buone.

Si segnala che la Regione non ha ancora effettuato la validazione dei flussi informativi ai sensi del DM 5 dicembre 2006 – Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

Si chiede di procedere alla suddetta validazione.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La Regione con un punteggio pari a 184 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia delle criticità per i seguenti indicatori: vaccinazione antinfluenzale nell'anziano e percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso una relazione illustrativa degli interventi di riorganizzazione previsti per la riduzione dei posti letto regionali; tra detti provvedimenti è ricompresa la chiusura di 20 unità operative complesse. Inoltre, la Regione ha trasmesso un provvedimento per l'implementazione dei livelli di appropriatezza e della qualità della codifica delle prestazioni in regime di ricovero.

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2013, la Regione Lombardia ha una dotazione di 38.897 posti letto, pari a 3,97 per 1.000 abitanti, di cui 3,21 per pazienti acuti (31.489 posti letto) e 0,76 per riabilitazione e lungodegenza (7.408 posti letto).

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) un Tasso di Ospedalizzazione totale per 1000 abitanti, comprensivo delle modalità diurna, acuzie e postacuzie,

inferiore a 160 per 1000 abitanti già nell'anno 2010 (158,63) e quindi in linea con i contenuti della L. 135/12, con un ulteriore decremento nel 2011 (150,84) e nel 2012 (141,85).
Il Tasso di Ospedalizzazione per il regime diurno è al di sotto del valore del 25% nei tre anni osservati, con valori decrescenti (15,8% nel 2012).
In riferimento alla tematica in questione, la regione risulta aver trasmesso un documento recante disposizioni attuative della L. 135/12.

g) Appropriatezza

Nella valutazione 2011 la Regione è risultata adempiente con impegno a fornire evidenze circa l'effettivo trasferimento in regime ambulatoriale di tutte le prestazioni dell'All. A al Patto per la salute.
Con la delibera 4716 del 23 gennaio 2013 la Regione definisce un nuovo elenco delle procedure da afferire alla BIC (regime di macroattività chirurgia a bassa intensità operativa ed assistenziale) e viene stabilito che le procedure chirurgiche individuate, "influenzanti l'attribuzione del DRG (MPR), a partire dalle prestazioni prenotate dal 1° giugno 2013, devono essere rendicontate, parimenti alle attività di specialistica ambulatoriale, con il flusso informativo di cui alla Circolare 28 San, anche nel caso in cui esse si riferiscano ad episodi assistenziali con pernottamento di una notte, in quanto la suddetta notte è considerata di semplice osservazione e non di assistenza".
Nell'elenco sono contenute tutte le prestazioni di cui all'allegato A Patto per la salute (fatta eccezione per quelle prestazioni che la Regione dichiarava di erogare già in regime ambulatoriale, cioè liberazione tunnel carpale, ricostruzione palpebra, intervento di cataratta e riparazione di dito a martello) ed alcune prestazioni riconducibili all'allegato B.
Con successiva delibera n. X/301 del 19 giugno 2013 viene stabilito di differire la decorrenza dell'introduzione del nuovo regime di macroattività chirurgia a bassa intensità operativa ed assistenziale (BIC) introdotto dalla DGR n 4716/2013, prevedendo che le procedure chirurgiche contenute nel relativo Allegato A, influenzanti l'attribuzione del DRG (MPR), a partire dalle prestazioni erogate dal 1° gennaio 2014, debbano essere erogate in regime ambulatoriale e quindi rendicontate con il flusso informativo di cui alla Circolare 28 San.
L'approvazione della delibera risulta sufficiente ad adempiere all'impegno assunto dalla Regione, anche se l'effettiva diminuzione dei ricoveri ospedalieri per il trasferimento in regime ambulatoriale potrà essere valutato soltanto nel corso dell'anno 2015.

Per l'anno 2012, a soli fini informativi, la regione Lombardia si colloca in una situazione critica per i seguenti DRG: 8 "Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC", 88 "Malattia polmonare cronica ostruttiva", 232 "Artroscopia", 256 "Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo", 339 "Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni", 351 "Sterilizzazione maschile", 467 "Altri fattori che influenzano lo stato di salute", con una percentuale di DRG in area critica pari al 6,5%. Il 17,6 % dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza.
Si invita la Regione ad esaminare tali risultati e a provvedere con le necessarie iniziative.

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE
H.1 Monitoraggio ex post.
La Regione Lombardia svolge attività di monitoraggio ex post. Dai dati presenti nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) risulta che i campi seguenti non risultano adeguatamente coperti sia per il I che per il II semestre 2012.

- Campo Classe priorità prestazione → 0,00 (I semestre); 0,0% (II semestre)

- Campo Garanzia tempi di attesa → 0,0% (I semestre); 0,0% (II semestre)
- Campo Prestazioni in primo accesso → 0,0% (I semestre); 0,0% (II semestre).

Inoltre, non è stato possibile calcolare l'indicatore dei Tempi di attesa previsto.
La Regione viene comunque valutata positivamente, sulla base della nota inviata dalla Direzione Generale Sanità, nella quale si attesta che la Regione ha attivato il flusso specifico con tutte le informazioni che servono per completare l'adempimento a partire dall'anno 2013.

H.2 Monitoraggio ex ante.
La Regione ha provveduto ad inviare i dati relativi al monitoraggio ex ante:

- Rilevazione Aprile 2012:
  - Garanzia classe "b" 70,07%
  - Garanzia classe "d" 100,00%
- Rilevazione Ottobre 2012:
  - Garanzia classe "b" 80,24%
  - Garanzia classe "d" 100,00%.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero.
Dai dati pervenuti risulta quanto segue.

- Campo Data Prenotazione:
  - Regime ordinario. Campi compilati correttamente → 90,90%.
  - Regime DH. Campi compilati correttamente → 91,61%
- Campo Classe di priorità:
  - Regime ordinario. Campi compilati correttamente → 95,48%
  - Regime DH. Campi compilati correttamente → 98,75%.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni.
La Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni; si rimane in attesa che la Regioni espliciti le iniziative messe in atto per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.

H.5 Monitoraggio PDT complessi.
Dall'esame dei dati risulta che il monitoraggio viene effettuato.

I) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

La Regione Lombardia ha evidenziato nel 2012 una spesa farmaceutica territoriale di 1.596,3 milioni di Euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 13,1% del Fabbisogno sanitario regionale dello -3,99% (-700,1 milioni di Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2012 risulta inferiore rispetto a quella inizialmente prevista dall'AIFA ai sensi dell'art.5, comma 4, della L.222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 1.031,9 milioni di Euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno sanitario regionale del 3,49% (+611,2 milioni di Euro).
La Regione Lombardia evidenza una spesa farmaceutica complessivamente all'interno dei livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un avanzo di -88,9 milioni di Euro.
La Regione, pur rispettando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, evidenza il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.

Pertanto, per il parere finale si rimanda la valutazione al Tavolo congiunto adempimenti comitato LEA del Ministero della Salute – Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: LOMBARDIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	1.420.869.354,38	8,11%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	21.752.284,00	0,12%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	50.045.563,00	0,29%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)		0,00%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	623.641,00	0,00%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	246.645.164,00	1,41%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	137.969.413,00	0,79%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	108.675.751,00	0,62%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**1.596.340.312,38**	**9,11%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	17.530.264.940,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	2.296.464.707,14	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-700.124.394,76	-3,99%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	1.869.862.993,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	1.052.429.000,00	6,00%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	13.183.121,00	0,08%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	850.496,00	0,0049%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	5.808.268,00	0,03%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**1.031.963.474,00**	**5,89%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	17.530.264.940,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	420.726.358,56	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	611.237.115,44	3,49%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE

Relativamente ai Processi di verifica e validazione dei dati e di governo sui sistemi informativi, la Regione dichiara che la trasmissione delle informazioni e la relativa validazione è centralizzata a livello regionale per tutti i flussi informativi.

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

Sulla base della documentazione trasmessa la Regione risulta adempiente.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione viene ritenuta adempiente, sulla base della DGR 2186 del 4 agosto 2010, già trasmessa per la verifica 2011, in cui viene assicurato il rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

p) Dispositivi medici

P.1
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

P.2-P.3
La Regione ha partecipato costantemente a tutte le riunioni del Gruppo di Lavoro Nazionale (6/6) costituito ai fini dell'implementazione del corretto avvio dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici. In tale ambito ha apportato il proprio contributo attraverso una spiccata analisi delle criticità tale da scomporle in elementi essenziali, per comprendere i problemi in profondità e realizzare una visione globale risolutiva.
La Regione ha apportato il proprio proattivo contributo partecipando alla stesura delle "Linee Guida per il tracciato Contratti" elaborato dal Sottogruppo di Lavoro "Contratti"; ha rivestito il ruolo di coordinatore nell'ambito del Sottogruppo di Lavoro "Unità di misura" nella definizione delle "Linee Guida per il tracciato Unità di misura". Per quanto attiene alla verifica dei tempi e delle modalità di applicazione da parte delle strutture sanitarie di quanto disposto dal DM 11 giugno 2010, ha coordinato l'elaborazione della bozza delle "Linee Guida per potenziare la consultazione e l'utilizzo del Repertorio dei Dispositivi Medici" elaborata dal sottogruppo appositamente riunitosi. La diffusione delle informazioni agli operatori delle strutture sanitarie del territorio di competenza è stata realizzata in modo eccellente.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2
ADEMPIENTE
Il punteggio totale riportato dalla Regione è di **22** punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale del disabile: 1 punto
Offerta assistenziale: 9 punti
Ripartizione degli oneri: 9 punti
Fornitura dati posti letto: 3 punti.

Dalla prima documentazione trasmessa dalla Regione, non si evinceva chiaramente quale fosse la partecipazione alla spesa degli utenti disabili nelle strutture riabilitative residenziali. L'indicazione di una retta media giornaliera a carico della famiglia sembrava in contraddizione con l'affermazione secondo cui la riabilitazione (specialistica, geriatrica e di mantenimento) è a totale carico del FSR. La quota di partecipazione per anziani cronici non autosufficienti in regime residenziale di lungoassistenza/mantenimento (€ 55 sul totale di € 84= 65%) si discostava significativamente dalla quota fissata dal dPCM Lea (50%).
In data 18 dicembre 2013 la Regione invia ulteriore documentazione, con la quale specifica che è in corso un profondo processo di riforma soprattutto per l'assistenza extraospedaliera per la non

autosufficienza ed invia un aggiornamento sulle tariffe applicate nei trattamenti residenziali e semiresidenziali e sulla relativa quota di compartecipazione applicata. Le nuove informazioni sulle quote di compartecipazione risolvono sostanzialmente le incongruenze rispetto al DPCM Lea, salvo che per i trattamenti socio-residenziali a ex ricoverati in OP, a totale carico del SSR; la Regione precisa che si tratta di un numero contenuto di pazienti, destinato a ridursi progressivamente.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza Domiciliare relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che non sono stati adottati provvedimenti che modificano l'adempimento previsto dall'articolo 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, prevedendo l'abbattimento del 40% per le tariffe relative alla lungodegenza oltre il valore soglia di 60 giorni (DGR 10804 del 16 dicembre 2009).

u) Piano nazionale della prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento risulta pari a 85 ovvero superiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.

- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: INADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: ADEMPIENTE
- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza: INADEMPIENTE
- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: ADEMPIENTE

  La Regione Lombardia ha provveduto a indirizzare all'incremento quali-quantitativo delle attività di controllo e vigilanza i proventi di cui al punto 7 del Piano Regionale 2011-2013 per la promozione della sicurezza e salute negli ambienti di lavoro (DGR 1821 del 8 giugno 2011). Nel 2012 sono state attivate a livello regionale iniziative di formazione/aggiornamento rivolte al personale delle ASL dell'area della prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, ed è stato previsto di accompagnare gli indirizzi regionali sulla programmazione delle attività di controllo

con iniziative di formazione ed aggiornamento da realizzare a livello regionale e locale. E' stato programmato l'avvio di progetti per la realizzazione delle attività di promozione nelle aziende di Linee di indirizzo e Vademecum in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, di vigilanza e controllo in settori a priorità di rischio. E' stata raggiunta la copertura del 5% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE
La Regione Lombardia ha trasmesso le credenziali di accesso al sistema di accreditamento provider regionale. E' pervenuta inoltre documentazione integrativa, a seguito della richiesta di fornire il provvedimento di costituzione dell'Osservatorio con l'indicazione dei nominativi del responsabile e dei componenti e di impegnarsi ad adottare e a predisporre, in tempi brevi, il tracciato unico (Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009) definito dalla Commissione Nazionale Formazione continua per l'invio dei dati dei partecipanti agli eventi formativi regionali al COGEAPS.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE
X.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Linee guida cliniche attraverso PDT.
La Regione promuove le Reti di Patologia o Cluster Patologici, intese non solo come aggregazione di strutture, ma come comunità clinico-culturali abbinate ad infrastrutture di supporto. Tra gli obiettivi di sistema connessi all'implementazione delle reti è preminente la definizione di livelli clinico organizzativi delle strutture e il loro inserimento nella rete e conseguentemente nei processi di gestione del paziente anche post-acuto.
Nella DGR IX/3058 del 28/02/2012 "Definizione degli obiettivi Aziendali di interesse regionale dei Direttori Generali delle ASL, AO e AREU per l'anno 2012, nonché delle modalità di valutazione del loro raggiungimento" e nella Nota DG Sanità Protocollo H1.2012.0013216 del 24 aprile 2012 ad oggetto "Indicazioni operative relative agli obiettivi 2012" con allegati, si trovano i riferimenti allo sviluppo delle Reti di Patologia.

X.1.2 Monitoraggio dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale nell'anno 2012.
Sono definiti o in via di definizione PDT e attività che ricadono nelle seguenti Reti: Rete Nefrologica (ReNe), Rete Ematologica Lombarda (REL), Rete oncologica e cure palliative, Rete Neonatologica, Rete BPCO e insufficienza respiratoria, Rete Centri Antiveleni (Rete CAV), Rete Gastroenterologica, Rete delle Radioterapie, Rete per lo Stroke, Rete Udito e SIDS, Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). Al riguardo la Regione specifica le strutture coinvolte nel monitoraggio e le modalità di raccolta dei dati.

X.1.3 Esistenza a livello regionale di una funzione (ufficio/servizio/gruppo di lavoro) che svolge regolarmente la raccolta e l'analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.
La Regione indica l'UO Programmazione e Sviluppo Piani – DG Salute, quale struttura designata all'attività di raccolta e analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE
La Regione dichiara di garantire alcune prestazioni aggiuntive tra le quali prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza farmaceutica, inclusi farmaci di classe C ai malati rari, e integrativa (prodotti aproteici).
La Regione trasmette il decreto 6851/2013 recante "Provvedimento di presa d'atto e ricognizione dei livelli essenziali aggiuntivi regionali e del relativo finanziamento ai sensi dell' Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e dell' Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009".
Nel provvedimento sono riportate, per ciascun livello ulteriore garantito, le risorse per l'anno 2012. Si precisa, inoltre che le predette risorse non sono poste a carico del FSN e trovano copertura nell'equilibrio complessivo del SSR.

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE
La Regione Lombardia ha adempiuto a quanto disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della L. 311/2004, fornendo quanto richiesto. Infatti, per quanto riguarda le risorse residue la Regione ha sottoscritto in data 11 dicembre 2009 un Accordo di programma nel quale riserva il 90,76% delle risorse disponibili al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.
La Regione ha sottoscritto un Accordo di programma in data 5 marzo 2013 che riserva il 16% delle risorse al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE
La Regione relaziona sull'iter dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie operanti nella Regione.
L'iter risulta completato appieno per le strutture sanitarie e anche per le strutture socio sanitarie.

aj) Sperimentazioni gestionali

ADEMPIENTE
La Regione Lombardia ha compilato la scheda di rilevazione fornendo le informazioni richieste ed allegando la normativa di riferimento. Ha indicato la legiferazione regionale, in materia di sperimentazioni ed innovazioni gestionali, emanata fino al 2008 oltre ad una nuova DGR del 2013.
In merito alle sperimentazioni gestionali, attive al 31 dicembre 2012, la Regione ha indicato le 4 Fondazioni esistenti in Regione, oltre alle altre forme di innovazioni presenti (Associazioni in partecipazione).
Dalle relazioni annuali di verifica allegate si evince che una sperimentazione, la Fondazione "Ristrutturazione e Gestione dell'Ospedale di Castiglione delle Stiviere", ha registrato un aumento della perdita al I semestre 2012 rispetto allo stesso periodo dell'anno 2011, mentre per le altre sperimentazioni emerge una situazione abbastanza lineare.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

ADEMPIENTE

La Regione aveva precedentemente trasmesso la normativa di riferimento relativa alla riorganizzazione della rete laboratoristica (DGR VIII/4239 del 2007); si prende atto della indicazione della DGR IX/2633 del 2011, in cui sono presenti riferimenti alla riorganizzazione e razionalizzazione della rete laboratoristica. L'allegato 9 di tale delibera indica che, nel corso del 2010, proseguendo nella prospettiva, da tempo intrapresa, di promozione della qualità, dell'appropriatezza e della efficienza di erogazione delle prestazioni, dovrà essere predisposta dalla DG Sanità una proposta di ulteriore razionalizzazione dei laboratori delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS di diritto pubblico. Si chiede di essere aggiornati sullo stato di avanzamento di tale proposta.

In merito alla regolamentazione del service di laboratorio, la Regione ha indicato ed allegato la normativa di riferimento. Per quanto riguarda la medicina di laboratorio, la Regione ha fornito tutte le informazioni richieste nel Questionario.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La Regione identifica le seguenti prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza (Ricoveri DH medici a carattere diagnostico, Parti Cesarei, % di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni, % di casi complicati, incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa, % di ricoveri ripetuti per la stessa MDC ed all'interno dello stesso ospedale, % di ricoveri ripetuti nello stesso ospedale, numero di accessi per SDO in regime di day hospital, importo medio per reparto, % di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni).

Inizialmente, in riferimento alla Tabella 2 "Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009", la Regione nel complesso non raggiungeva la soglia del 2,5% dei controlli sulla totalità delle cartelle cliniche; delle cartelle controllate non risultavano confermate, a livello regionale, il 13% circa delle cartelle cliniche.

In riferimento alla Tabella 1 "Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008" emergeva che nel complesso era stata eseguita una percentuale di controlli analitici casuali superiori al 10%; tuttavia ai sensi del DM del 10.12.2009 il controllo analitico casuale del 10% delle cartelle cliniche deve essere assicurato per ciascun soggetto erogatore. Delle cartelle controllate non erano state confermate, a livello regionale, l'11% circa delle cartelle cliniche.

Sia la Tabella 1 che la Tabella 2 non risultavano compilate separatamente per gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati (rif. cfr. Circolare del MdS n. 5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche").

Successivamente la Regione ha trasmesso una nota in cui specifica che il numero di controlli effettuati in relazione alle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza ammonta in realtà a 52.266 prestazioni di ricovero (41.582 per il Pubblico e 10.684 per il Privato). La discrepanza con i dati precedentemente inviati deriva da un errore materiale, a seguito del quale non erano stati conteggiati i controlli effettuati sulle prestazioni di PS seguite da ricovero ospedaliero: la citata tipologia di verifiche è routinariamente condotta nell'ambito dei controlli sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza, come documentabile tramite i database di archiviazione del debito informativo sui controlli trasmesso dalle Asl con invio certificato.

La Regione, inoltre, allega le tabelle corrette con aggiunta della colonna "Prestazioni di PS seguite da ricovero" nella Tabella 2, in cui risulta una percentuale pari a 4,1% per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza per le strutture pubbliche e 2,3% per le strutture private; in assenza di una

specifica dichiarazione da parte della Regione, si assume che il 2,3% corrisponda a tutte le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza verificatesi in Regione nel 2012 e sottoposte a controllo. Viene inoltre trasmesso il Report con l'indicazione della metodologia adottata dalla Regione per l'identificazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione ha certificato il dato della spesa protesica anno 2011, che risulta coerente con i dati del modello LA.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE
Si rileva la positiva azione della Regione nel percorso di attuazione degli adempimenti in tema di cure palliative e terapia del dolore.

AO.2
ADEMPIENTE
Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice"), la Regione non ha inviato il Piano di Adeguamento ed ha inviato i dati fino al I trimestre 2013.

AO.3
ADEMPIENTE
Esaminata la documentazione trasmessa in relazione alle attività inerenti l'attivazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia, si prende atto delle azioni programmatorie della DGR 4610/2012 in tema di continuità delle cure e dell'avvenuta attivazione dei processi di valutazione del grado di severità del dolore, di somministrazione dei farmaci oppiacei e di valutazione dell'efficacia della terapia antalgica.
Si valuta positivamente l'organizzazione adottata, che appare tesa a garantire la continuità e l'appropriatezza delle cure nell'ambito del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE
AP.1.1
La Regione dichiara che nel 2012, a seguito di presa in carico da parte della Asl di provenienza, sono state dimesse 114 persone (sul totale di 208), provenienti dalla Regione, già internate in regime di proroga della misura di sicurezza detentiva in un OPG del territorio nazionale.

AP.1.2
Già nell'anno 2012 la Regione ha realizzato ed inviato il Protocollo ad oggetto "Indicazioni relative all'attività sanitaria rivolta a soggetti sottoposti a procedimento pensale presso i Tribunali per i Minorenni di Milano e Brescia".

AP.1.3
La Regione ha identificato, nell'istituto di pena San Vittore di Milano (dove, nel corso del 2012, sono stati effettuati 13.214 interventi in favore di 3.295 detenuti risultati affetti da patologia psichiatrica), quale "centro clinico regionale" uno specifico reparto, dotato attualmente di 8 posti letto elevabili

fino a un massimo di 16, il Centro di Osservazione Neuropsichiatrica (CONP), presso cui sono transitati 154 detenuti nell'anno 2012 (di cui, fra l'altro, 26 inviati dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia - DAP e 25 inviati dal Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria - PRAP); inoltre, ha programmato la realizzazione dell'articolazione dell'area sanitaria deputata all'accoglienza temporanea dei soggetti portatori di patologie psichiatriche presso la Casa Circondariale di Pavia, per un complessivo di 30/35 posti circa.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione ha provveduto con atto formale al monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali, ha fornito indicazioni specifiche in merito, attraverso l'attuazione di tre progetti operativi, e ha partecipato ai due monitoraggi AGENAS sull'argomento.

In relazione alla centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici, la Regione ha effettuato una ricognizione delle strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici, allegando il documento di ricognizione e una relazione in merito.

Per quanto riguarda le iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari relative alle Raccomandazioni ministeriali, la Regione ha effettuato azioni di formazione attraverso due edizioni del corso intitolato "La gestione del rischio in sala parto" e attraverso Network regionali per divulgare i contenuti delle raccomandazioni ministeriali.

AS.2 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio in 620 UO chirurgiche appartenenti a 41 Aziende sanitarie (34 pubbliche e 7 Private Accreditate), di cui 608 (98%) utilizzano la Checklist in sala operatoria.

AS.3 Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES

La Regione, attraverso le Linee Guida ha indicato alle aziende sanitarie le modalità di caricamento degli eventi sentinella nel SIMES ed ha provveduto al rinnovo del l gruppo di lavoro per le attività di risk management.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Valutazione Tavolo adempimenti

La Regione ha trasmesso la documentazione prevista dall'adempimento in oggetto, anche se non ha rispettato la tempistica (26/06/2013).

Si segnala la mancata sottoscrizione della relazione di accompagnamento al Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) da parte del responsabile del coordinamento.

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che all'interno del proprio territorio regionale è presente 1 Call center regionale, non sono presenti CUP Unificati ed è presente 1 CUP Integrato regionale. Dichiara altresì che è stata implementata una soluzione tecnologica (SISS – SEB GP) che integra gli applicativi CUP delle Aziende Sanitarie, fungendo così da "integratore" delle agende dei CUP. Il SEB GP infatti negozia gli appuntamenti sulle agende dei singoli CUP delle AA.OO. pubbliche e private (aderenti al servizio), proponendo al cittadino la prima disponibilità.

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la salute mentale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS. Si segnala tuttavia che l'organizzazione regionale prevede l'istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) presso le Aziende Ospedaliere e di conseguenza è necessario ricondurre alle ASL le attività svolte al di fuori dei DSM.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che il sistema FSE è unico regionale e integra tutti i documenti previsti. La copertura è totale e il sistema consente l'accesso dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) nonché dei cittadini.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE
AAE.1
La Regione ha presentato il documento di riorganizzazione delle attività trasfusionali e di individuazione di team di verifica, anche se non è stato allegato l'elenco dei nominativi dei Referenti Qualità dei Dipartimenti di Medicina Trasfusionale e di Ematologia (DMTE). Si rimane in attesa della suddetta documentazione.

AAE.2
La Regione ha utilizzato i fondi assegnati, previsti dalla L. 21 ottobre 2005, n. 219, articolo 6, comma 1, lettera c), per l'istituzione e il funzionamento della Struttura Regionale di Coordinamento (SRC) solo per l'anno 2009 e ha dichiarato di avere formalmente attribuite alla SRC le funzioni previste dall'Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011.

AAE.3
E' stato formalmente recepito dalla Regione l'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 e sono state intraprese iniziative per la razionalizzazione delle attività di lavorazione del sangue e produzione degli emocomponenti e delle attività diagnostiche di qualificazione biologica degli emocomponenti, conformemente alle Linee guida.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

AAF.1

La Regione Lombardia ha trasmesso al Comitato Percorso Nascita Nazionale la relazione richiesta circa lo stato di attuazione delle linee di indirizzo dell'Accordo del 16-12-2010 specificamente individuate dal Questionario LEA.

Dalla relazione si evince quanto segue.

In merito alla prima linea di indirizzo (misure di politica sanitaria e di accreditamento con riferimento a chiusura dei punti nascita e attivazione STAM e STEN), la Regione dichiara nel 2012 la presenza nel territorio di 73 punti nascita, di cui un numero compreso tra 8 e 13 al di sotto dello standard di 500 parti/anno. Inoltre la Regione dichiara che, nel corso del 2012, si è provveduto a chiudere il punto nascita presso l'AO Sant'Anna di Como-Presidio ospedaliero di Cantù. Si prende atto che la Regione dichiara che, con DGR 3976/2012 e con DGR 4605/2012, è stato stabilito di provvedere alla riorganizzazione dei punti nascita avvalendosi del supporto di un Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT), che elaborerà un documento dal titolo "Punti nascita e neonatologia" contenente una serie di obiettivi in linea con gli indirizzi dell'Accordo del 2010. Rispetto al Sistema STAM e STEN, la Regione Lombardia ribadisce che con DGR V/17546 del 20 luglio 2010 si è definito un "progetto sperimentale per il trasporto e il ricovero d'emergenza neonatale". A questo atto ha fatto seguito il DDG 7541/2010 che ha approvato il progetto di riorganizzazione della rete di assistenza ostetrico/neonatologica nell'area Nord della Lombardia, pienamente realizzato. La Regione non esplicita alcuna attività in merito alla seconda linea di indirizzo (integrazione territorio ospedale). Circa la terza linea di indirizzo (implementazione delle linee guida relative alla gravidanza fisiologica ed al taglio cesareo elaborate da SNLG-ISS ed implementazione della raccomandazione per la prevenzione della mortalità materna elaborata dal Ministero della salute), la Regione dichiara che, al fine di promuovere la gravidanza fisiologica rispetto al taglio cesareo sono state equiparate le tariffe con DGR 19688/2004; l'efficacia di tale provvedimento, secondo la Regione, è sostenuta dall'evidenza dell'indicatore "percentuale tagli cesarei" che si attesta intorno al 29% rispetto alla media nazionale del 37,5%. Tuttavia, non vi sono indicazioni rispetto ad azioni e strumenti di implementazione delle Linee guida e della Raccomandazione ministeriale. Relativamente alla quarta linea di indirizzo (procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto), la Regione dichiara che, al fine di favorire la partoanalgesia, già nel 2007 con DGR VIII/4239 aveva definito specifici strumenti di incentivazione economica sotto forma di una adeguata remunerazione per le unità operative nelle quali la percentuale di parti fisiologici effettuati con iniezione di anestetico nel canale vertebrale si posizionasse oltre la soglia del 20% rispetto al totale dei parti fisiologici. In merito alla quinta linea di indirizzo (formazione degli operatori), la Regione dichiara che, nel corso del 2012 è stato organizzato a livello regionale un corso di formazione accreditato ECM sulla gestione del rischio in sala parto rivolto a ostetriche e medici ginecologi. Non si evince, tuttavia, quale sia stato il livello di adesione degli operatori sanitari e, di conseguenza, il livello di capillarità di tale evento.

AAF.2

La Regione ribadisce quanto dichiarato nella relazione inviata al Comitato Percorso Nascita Nazionale circa gli atti effettuati ed in itinere relativi alle deroghe sui punti nascita con standard inferiori al quelli previsti dall'Accordo del 2010.

Alla luce di quanto sopra, la Regione viene considerata inadempiente in quanto il dato dichiarato di punti nascita in numero compreso tra 8 e 13 al di sotto dello standard di 500 parti/anno, indica un range anziché un numero puntuale. Allo stato attuale inoltre il Comitato Percorso Nascita Nazionale non è a conoscenza delle caratteristiche dei 73 punti nascita dichiarati dalla Regione, né della

tempistica della loro riorganizzazione. Rispetto al Sistema STAM e STEN la Regione non esplicita le modalità di attivazione nel resto del territorio regionale, con la relativa tempistica. La Regione nella relazione non esplicita alcuna attività in merito alla seconda linea di indirizzo (integrazione territorio ospedale). In merito all'implementazione delle linee guida relative alla gravidanza fisiologica ed al taglio cesareo elaborate da SNLG-ISS ed all'implementazione della raccomandazione per la prevenzione della mortalità materna elaborata dal Ministero della salute, la Regione non dichiara alcuna attività finalizzata alla diffusione e all'utilizzo di tali strumenti.

La regione trasmette documentazione integrativa, in particolare la DGR "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014", che costituisce l'insieme di intenti della Regione in merito alla riorganizzazione dei punti nascita che, già avviata, proseguirà e, presumibilmente, si concluderà nel 2014, così come indicato nel documento. Si prende atto dello sforzo della Regione nel portare a compimento quanto contenuto e sottoscritto nell'Accordo del 16 dicembre 2010.
La Regione viene considerata adempiente con impegno ad inviare al Ministero il cronoprogramma di attuazione della riorganizzazione dei Punti, la tempistica di attuazione e gli esiti del progetto sperimentale finalizzato, le situazioni geograficamente fortemente disagiate, l'incremento/mantenimento delle abilità minimali per ogni operatore sanitario attraverso stage annuali documentati e certificati per almeno 2 settimane presso Punti Nascita con almeno 1.500 parti/anno, il cronoprogramma delle azioni relative all'integrazione ospedale territorio e all'implementazione delle Linee Guida SNGL-ISS relative alla gravidanza fisiologica e al taglio cesareo che la Regione dichiara saranno opportunamente promosse con atti regionali di indirizzo nel corso del 2013 e sviluppati nel corso del 2014 anche tramite azioni di diffusione sul territorio e della formazione degli operatori.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1
ADEMPIENTE
La Regione ha individuato in maniera dettagliata tutta la rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza, ha identificato la rete dell'emergenza territoriale nelle sue articolazioni e le modalità di integrazione con la componente ospedaliera e con la componente della continuità assistenziale. Nel corso del 2012 le Centrali Operative Emergenza Urgenza (COEU) sono state ridotte da 12 a 10, in attesa della definitiva riorganizzazione in 4 Sale Operative Regionali Emergenza Urgenza (SOREU). Vengono inoltre descritte le reti ad alta complessità, indicando gli atti formali istitutivi, fatta eccezione per la rete Trauma.

AAG.2
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

AAG.3
ADEMPIENTE
L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 13 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21) come per l'anno 2011.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

Con gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) del 2007, 2009 e del 2011 la Regione Lombardia ha puntato sulla diffusione e l'incremento delle forme associative della Medicina Generale che attualmente coinvolgono il 70% dei medici presenti sul territorio. A tale proposito fornisce una descrizione dettagliata del numero delle forme associative semplici (202), in rete (449) e di gruppo (302). Relativamente ai modelli organizzativi delle Cure Primarie, la Regione ha avviato, nel 2011, un progetto sperimentale, denominato GREG, su 5 delle 15 ASL per garantire la presa in carico del paziente cronico con il coinvolgimento di 484 medici che lavorano in forma integrata con le altre figure professionali della rete socio sanitaria per la presa in carico del paziente cronico. Per il prossimo futuro la Regione prevede l'implementazione di tale modello secondo quanto definito dalla L. 189/2012 (Decreto Balduzzi) attraverso l'ampliamento sia delle forme associative monoprofessionali (AFT) che multiprofessionali e multidisciplinari (UCCP). Ciò si inserisce nella contestuale ridefinizione della rete ospedaliera orientata all'individuazione di presidi ospedalieri o parte degli stessi da riconvertire strutture complesse per l'erogazione delle Cure Primarie.

Per quanto riguarda la gestione della scheda individuale su supporto informatico e l'utilizzo di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, l'utilizzo da parte dei medici presenti sul territorio risulta essere del 98%.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

AAI.1

Risulta operativo un Gruppo di approfondimento tecnico regionale per l'implementazione del Piano di indirizzo e per sviluppare il coordinamento delle strutture che si occupano di riabilitazione; l'istituzione del Gruppo è stata comunicata a tutte le ASL.

In sede di "Autovalutazione" semestrale di tutte le strutture di ricovero, avviene la verifica del rispetto delle indicazioni del Piano di indirizzo, con specifico riguardo alla presenza del Piano riabilitativo di struttura, di definizione del PRI, alla documentazione dell'attività riabilitativa ed ai rapporti con la Rete territoriale.

Il progetto riabilitativo di struttura è tra requisiti specifici di accreditamento e viene verificato in sede di "Autovalutazione".

AAI.2

La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	16,4%	16,1%	15,5%	14,7%	13,0%	13,5%
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	9,5%	10,7%	10,2%	10,2%	9,2%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	5,4%	8,7%	6,7%	9,3%	8,4%	9,1%

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE
La Regione Lombardia risulta adempiente in quanto sufficiente per 5 item su 5.
Ha conseguito, per i flussi informativi veterinari, un punteggio pari al 97% e 6 indicatori vincolanti su 6, con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione. In proposito tra le criticità si segnala, in particolare, per gli indicatori di performance, il 39,5% dei campioni previsti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che è stato messo a disposizione delle aziende sanitarie il documento "Linee guida Regionali per la Dematerializzazione dei Documenti Clinici nell'ambito del SISS", che traendo spunto da altra documentazione in materia prodotta dalle pubbliche amministrazioni, tra cui le "Linee Guida per la Dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini" redatte dal Ministero della salute, allargano il campo di applicazione ai documenti clinici informatici gestiti nell'ambito del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS) della Regione Lombardia, quali i Documenti Clinici Elettronici (DCE), e ai documenti oggetto di prossima gestione, quali gli studi DICOM, le Cartelle Cliniche aziendali (di ricovero e ambulatoriali) formate originariamente in modalità Elettronica (CCE) e le copie per immagine di Cartelle Cliniche di ricovero di origine Cartacea (CCC).

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1
ADEMPIENTE
La Regione Lombardia ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare una progressiva riduzione dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul fabbisogno sanitario regionale (FSR) nel corso dell'ultimo triennio (15,0% nel 2012, rispetto al 15,5% dato dalla somma dei tetti 13,1% + 2,4%).
Si registra un disallineamento delle incidenze della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera sul FSR, relativamente al 2012, tra quanto riportato nella Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica e quanto riportato nel Questionario. Tale risultato è stato conseguito in particolare per effetto della progressiva riduzione, nel corso dell'ultimo triennio, dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale. In questo ambito assistenziale, la regione ha emanato, anche per effetto dei provvedimenti di livello nazionale, diverse deliberazioni. La Regione non ha fornito una valutazione dell'impatto economico atteso/osservato cumulativo del triennio derivante dall'applicazione di tali atti regionali. Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la Lombardia evidenzia un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR, in gran parte collegato alla concentrazione in questo ambito dell'acquisto di medicinali innovativi ad alto costo. I provvedimenti emanati dalla Regione si concentrano in particolare nella parte finale del triennio, con obiettivi finalizzati essenzialmente al monitoraggio dell'assistenza farmaceutica ospedaliera. La Regione non ha fornito una valutazione dell'impatto economico atteso/osservato cumulativo del triennio derivante dall'applicazione di tali atti regionali. La Regione pur non essendosi dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, ha emanato alcune deliberazioni finalizzate a individuare dei percorsi diagnostici e terapeutici in alcune aree terapeutiche che si caratterizzano per la presenza di medicinali ad alto costo di trattamento. Infine, la Regione ha garantito il più

rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, rispetto a tutte le altre regioni italiane.

AAL.2
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi ricadente nel periodo indicato.

AAL.3
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del periodo indicato.

Marche

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli previsti dall'adempimento in oggetto. L'ASUR ha provveduto ad inserire correttamente il modello CP 110111 che risulta pertanto quadrato.

A seguito di segnalazioni trasmesse via e-mail in relazione ad alcune criticità, inerenti la verifica di qualità dei modelli economico patrimoniali la Regione ha provveduto a:

- inserire il valore di tremila Euro sull'Allegato 2 del modello LA per il sezionale regionale.
- far quadrare i valori delle variazioni delle rimanenze per quanto riguarda la squadratura CE-SP del POR Marche dell'INRCA.

La Regione, alla luce delle rettifiche effettuate sul NSIS, si ritiene adempiente.

Statistici

ADEMPIENTE

La copertura e la qualità dei dati risultano buone.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Marche con un punteggio pari a 165 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia delle criticità per i seguenti indicatori: vaccinazione antinfluenzale nell'anziano, costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, percentuale di aziende ovicaprine controllate, percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI, numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti, numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti, numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

In sede di prima valutazione non era stato possibile completare l'istruttoria per carenze informative. Dalla Base Dati nazionale risulta che, a gennaio 2013, la Regione Marche ha una dotazione -invariata rispetto all'estrazione del 4 ottobre 2013 - di 6.039 posti letto, pari a 3,91 per 1.000 abitanti, di cui 3,29 per pazienti acuti (5.083 posti letto) e 0,62 per riabilitazione e lungodegenza (956 posti letto).

La Regione ha trasmesso uno specifico provvedimento di riorganizzazione della rete ospedaliera, che appare in linea con i disposti delle L. 135/12 e riguarda la chiusura di piccoli ospedali e la soppressione di 18 unità operative complesse; pertanto è considerata adempiente.

F.2

ADEMPIENTE

La Base Dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) un Tasso di Ospedalizzazione totale costantemente ricompreso entro lo standard di riferimento: 158,44 nel 2010, 153,12 nel 2011 e 146,2 nel 2012.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è ricompresa entro il valore del 25% nei tre anni osservati; in particolare è pari al 23,7% nel 2012.
In relazione alla tematica in questione, la Regione ha trasmesso la DGR 826/2013 recante "Adozione provvedimento art. 6 commi 1 e 2 dell'Intesa 3 dicembre 2009", in linea con i disposti normativi nazionali di riferimento.

g) Appropriatezza

A soli fini informativi, la regione Marche per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza, non presenta alcuna situazione critica. Il 5% dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza.

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
H.1 Monitoraggio ex post
La Regione svolge attività di monitoraggio ex post. Dai dati pervenuti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) si segnala che i seguenti campi non risultano adeguatamente coperti sia per il I che per il II semestre 2012:

- Campo Classe priorità prestazione → 4,22% (I semestre); 4,43% (II semestre)
- Campo Garanzia tempi di attesa → 3,57% (I semestre); 74,69% (II semestre)

Pertanto non è stato possibile calcolare l'indicatore dei Tempi di Attesa, previsto solo per le Regioni per le quali risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.
La Regione a tal proposito si impegna nella risoluzione delle problematiche relative alla compilazione del campo Classe di priorità da parte dei medici prescrittori e nell'aggiornamento del sistema software obsoleto.

H.2 Monitoraggio ex ante
La Regione ha svolto il monitoraggio ex ante nel corso dell'anno 2012. I dati pervenuti riguardano la rilevazione aprile 2012 e la rilevazione ottobre 2012 e risultano essere soddisfacenti solo per la classe B, come sotto riportato:

Aprile 2012

- % garanzia Classe "B" 99,92%
- % garanzia Classe "D" 54,88%

Ottobre 2012

- % garanzia Classe "B" 98,97%
- % garanzia Classe "D" 54,88%

Si invita la Regione a prestare maggiore attenzione per risolvere la bassa percentuale di garanzia per la classe D.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero.
I dati mostrano un valore prossimo alla soglia prevista (la completezza di trasmissione dei suddetti campi deve corrispondere al 90%) per il Campo Data di prenotazione, ma riguardo il Campo Classe di priorità si segnala un valore non valutabile positivamente che poco si scosta da quello rappresentativo del 2011.

Campo Data Prenotazione:

- Regime ordinario. Campi compilati correttamente 88,02%.
- Regime DH. Campi compilati correttamente 83,51 %

Campo Classe di priorità:

- Regime ordinario. Campi compilati correttamente 65,91%
- Regime DH. Campi compilati correttamente 77,87%

H.4 Monitoraggio delle sospensioni
La Regione ha inviato indicazioni circa gli interventi messi in atto per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.

H.5 Monitoraggio PDT complessi
Dall'esame dei dati pervenuti risulta che il monitoraggio viene effettuato.

Valutando positivamente l'impegno della Regione, la stessa può essere considerata adempiente con impegno alla completa risoluzione di quanto evidenziato soprattutto per il punto H.1, la corretta copertura dei "Campi Classe di priorità" e "Garanzia dei tempi di attesa" con la raccolta delle informazioni obbligatorie per i monitoraggi dei tempi di attesa previsti dal vigente PNGLA.

I) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea
La Regione ha evidenziato nel 2012 una spesa farmaceutica territoriale di 344,9 milioni di Euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 13,1% del Fabbisogno sanitario regionale dello -0,84% (-23,7 milioni di Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2012 risulta superiore rispetto a quella inizialmente prevista dall'AIFA ai sensi dell'art.5, comma 4, della L.222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 167,5 milioni di Euro, evidenziando uno disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno sanitario regionale del 3,55% (+99,9 milioni di Euro).
La Regione evidenza una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 76,2 milioni di Euro. La Regione, pur rispettando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, evidenza il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.
Pertanto, per il parere finale si rimanda la valutazione congiunta Tavolo adempimenti-Comitato LEA del Ministero della Salute – Ministero dell'Economia e delle Finanze, al fine di verificare la compensazione dei disavanzi della spesa farmaceutica con altre voci di spesa del Servizio sanitario regionale, o di altre voci del bilancio regionale.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: MARCHE			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	244.950.471,42	8,70%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	4.097.823,00	0,15%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	8.080.742,00	0,29%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	100.490,00	0,00%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	88.079.233,00	3,13%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	24.247.769,00	0,86%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	0,00	0,00%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	24.247.769,00	0,86%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**344.998.418,42**	**12,26%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	2.814.140.370,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	368.652.388,47	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-23.653.970,05	-0,84%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	340.419.963,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	259.178.000,00	9,21%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	2.478.475,00	0,09%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	202.416,00	0,0072%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	911.337,00	0,03%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**167.506.539,00**	**5,95%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	2.814.140.370,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	67.539.368,88	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	99.967.170,12	3,55%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE

La Regione effettua la trasmissione e la validazione a livello regionale di tutti i flussi ad eccezione dei flussi: CE, SP, CP, LA, FLS.11, FLS.12, STS.11, STS.14, RIA.11, HSP.11, HSP.12, HSP.13, HSP.14, HSP.16, FLS.18, FLS.21, STS.24, HSP.22bis, HSP.24, Conto Annuale e Farmaceutica convenzionata (art. 50) per i quali è prevista la trasmissione e la validazione da parte delle ASL tranne i flussi (FLS.11, FLS.12, STS.11, STS.14, RIA.11, HSP.11, HSP.12, HSP.13, HSP.14, HSP.16, FLS.18, FLS.21, STS.24, HSP.22bis, HSP.24) validati dalla Regione.

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso il prospetto previsto per la contabilità analitica, da cui si evince che sono stati raggiunti tutti gli obiettivi richiesti; in particolare per l'obiettivo A3 è stata assicurata la quadratura CO.GE.-CO.AN. al 100%; viene inoltre precisato che tutti gli enti del SSR sono in grado di garantire la riconciliazione tra CO.GE e CO.AN. A consuntivo tale quadratura è assicurata, una volta avvenute tutte le scritture di bilancio di chiusura esercizio, dal sistema unico indiviso, mentre nelle verifiche trimestrali tale riconciliazione avviene con scritture extracontabili, nelle more di automatismi da implementare a livello strettamente informatico. Infine, è stata trasmessa la delibera regionale relativa alla nomina del responsabile dell'attuazione del procedimento di contabilità analitica.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione in base alla DGR 498 del 10 aprile 2012 "Sistema di monitoraggio periodico per la verifica del rispetto della tempistica, della completezza e della qualità dei flussi informativi" ha rispettato l'adempimento in oggetto. E' previsto, infatti, in base a al punto 3 della delibera citata che le Aziende del SSR sono tenute a "rispettare le condizioni inerenti il sistema di monitoraggio del debito informativo nei termini stabiliti per ogni flusso informativo che rientra nel debito informativo". In tale delibera viene stabilito che "il mancato rispetto delle indicazioni di cui al punto 3 costituisce per i Direttori generali grave inadempienza ai sensi della direttiva vincolante prevista dalla DGR 1481/2008".

p) Dispositivi medici

P.1
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

P.2-P.3
La Regione risulta sufficientemente presente alle riunioni del Gruppo di Lavoro Nazionale (4/6) costituito al fine della corretta implementazione dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici. In tale ambito la Regione ha condiviso i documenti "Linee Guida per il tracciato Unità di misura" e "Linee Guida per il tracciato Contratti" elaborati dai relativi Sottogruppi di lavoro.
Ha trascurato le attività finalizzate alla diffusione delle informazioni relative agli artt. 5 e 6 del Decreto del Ministero della salute 21 dicembre 2009 e più in generale di tutto il sistema Banca Dati e Repertorio agli operatori delle strutture sanitarie del territorio di competenza, come evidenziato dai documenti allegati al questionario LEA 2012.
Tale inoperosità regionale si auspica venga corretta al fine di facilitare le attività e migliorare l'implementazione dei flussi da parte dei singoli operatori.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE

Nella valutazione 2011 la Regione era stata considerata adempiente con impegno ad

- estendere ad almeno l'80% delle UVI la scheda di valutazione multidimensionale individuata per il disabile;
- individuare con norma la compartecipazione agli oneri da parte del sociale per le tipologie assistenziali già individuate dalla normativa nazionale e fornire dati sugli anziani assistiti nelle strutture sociali (numero assistiti, numero operatori impiegati).

La documentazione trasmessa dalla Regione consente di superare il suddetto impegno.

Per l'anno 2012, il punteggio totale riportato dalla Regione è di **23** punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale del disabile: 1 punto

Offerta assistenziale: 9 punti

Ripartizione degli oneri: 9 punti

Fornitura dati posti letto: 4 punti.

A titolo informativo si segnala una criticità nella tabella del Questionario relativa ai trattamenti socio-sanitari residenziali a malati cronici non autosufficienti; la Regione dichiara infatti che per 20 posti letto eroganti trattamenti di lungoassistenza/mantenimento sono stati seguiti 427 pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria in strutture R3.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la regione è adempiente per la disponibilità del dato, per la copertura territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato e la completezza territoriale. Relativamente alla qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS, inizialmente risultava una criticità in relazione alla valorizzazione della Regione/ASL di residenza, che in seguito, dalle verifiche effettuate sul Cruscotto NSIS-FAR, è stata superata.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che non sono stati adottati provvedimenti che modificano l'adempimento previsto dall'articolo 4, comma 1 , lettera d dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, sulla base della DGR 1621 del 10 settembre 2002, che ai fini della valutazione dell'adempimento può ritenersi idonea. Si prevede, infatti una degenza limite di 60 giorni, oltre la quale si applica la tariffa ridotta del 40% (Allegato 2 della DGR 1621/2002). Sono stati previsti inoltre con la DGRM 1648/2011 aggiornamenti delle tariffe dei ricoveri ospedalieri per acuti con una nuova valorizzazione dei DRG in regime di ricovero ordinario e di day hospital.

u) Piano nazionale della prevenzione

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Il valore dell'adempimento per la Regione Marche risulta pari a 60 ovvero inferiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.

- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: INADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: ADEMPIENTE
- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza: INADEMPIENTE
- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: ADEMPIENTE

  La Regione Marche ha effettuato una implementazione dei SPSAL negli anni precedenti, senza ulteriori implementazioni di personale e strumentazione nel 2011 e 2012 in considerazione anche delle normative di contenimento dei costi della pubblica amministrazione emanati dal livello statale nel corso degli ultimi anni.

  E' stata raggiunta la copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi in un anno.

Sulla base delle risultanze dell'incontro del Comitato LEA tenutosi in data 6 dicembre 2013, riportate nel relativo verbale, e della documentazione trasmessa dalla Regione in cui si riportano le iniziative già adottate e in programma per il 2014 per superare le criticità connesse alla reperibilità delle informazioni necessarie al calcolo dell'indicatore U.3 (Efficacia dei programmi di screening), la Regione viene considerata adempiente con impegno a mettere in atto, entro l'anno 2014, le azioni riportate nella predetta documentazione relativamente ai programmi di screening.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE

Nella valutazione 2011 la Regione era stata considerata adempiente con impegno ad adottare il provvedimento istitutivo dell'Osservatorio; con la costituzione dello stesso l'impegno si considera assolto.

Per l'anno 2012, dalla documentazione pervenuta risulta che la regione ha predisposto la procedura informatica per l'accreditamento degli aspiranti provider. Nelle more di tale accreditamento viene utilizzato il sistema di accreditamento eventi che prosegue fino all'accreditamento provvisorio degli enti del SSR e comunque non oltre la data del 31 dicembre 2013. A tal proposito si fa presente che la Regione ha comunicato il link sul quale è presente la suddetta procedura e ha fornito le credenziali di accesso al sistema di accreditamento regionale.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE

La Regione nel corso del 2012 ha monitorato alcuni Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) precedentemente identificati nell'area oncologica. Si è provveduto ad una revisione del

protocollo diagnostico terapeutico, approvato con DGR n.1906/2008 "Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale del cancro del colon – retto", mediante la deliberazione del nuovo PDTA, comprensivo di screening e paziente sintomatico (DGR 1415 del 08.10.2012) che ha coinvolto tutte le strutture sanitarie dell'ASUR Marche.
E' in fase di aggiornamento il PDT del cancro della cervice.
La Regione tramite il competente ufficio provvede sia alle verifiche e che alla effettuazione di Audit.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE
La Regione dichiara di garantire:
- assistenza farmaceutica ed esenzione ticket.
Con DGR n. 607 del 2.5.2012 vengono approvate misure a favore dei disoccupati, lavoratori in mobilità e in cassa integrazione, riguardanti l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale e l'erogazione gratuita dei farmaci di fascia C. La copertura finanziaria di questi interventi (€ 800.000) è assicurata a carico del Bilancio regionale nelle disponibilità esistenti sul Capitolo 20818108 "Fondo regionale anticrisi – quota destinata al rimborso dei ticket sanitari dei lavoratori licenziati, in mobilità ed in cassa integrazione del Bilancio 2012";
- assistenza integrativa: prodotti aproteici a nefropatici.
Viene trasmesso il Decreto del dirigente della PF assistenza farmaceutica n. 8 del 5 giugno 2013 con il quale si assegna, impegna e liquida a favore dell'ASUR la somma di € 329.822,45, per spese sostenute nell'anno 2012, in attuazione della L.R. 20/87. L'onere fa carico al capitolo 52815196 – bilancio anno 2013.
La Regione trasmette con nota del 22 luglio 2013 il provvedimento ricognitivo previsto dall'art. 4 Patto per la salute. Dal provvedimento risultano garantiti inoltre: provvidenze a favore di invalidi di guerra e servizio, provvidenze a favore di soggetti sottoposti a terapia iperbarica, contributi a familiari che assistono il bambino oncoemopatico, contributi a favore dei tubercolotici non assistiti dall' INPS, provvidenze a favore degli accompagnatori dei soggetti sottoposti a trattamenti chemio-radioterapici, provvidenze a favore degli accompagnatori dei soggetti sottoposti a trapianto di organi.
Dal modello LA relativo all'anno 2012 risultano tuttavia anche prestazioni di:

- All.5 - Chirurgia estetica
- All.5 - Circoncisione rituale maschile
- All.5 - Vaccinazioni non obbligatorie per soggiorni all'estero
- All.5 - Certificazioni mediche
- All.5 - Medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale
- All.5 - Laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia
- All.5 - Assegno di cura

In seguito alla richiesta di chiarimenti circa la non corrispondenza tra quanto dichiarato nel Questionario e quanto risultante dal modello LA e dal provvedimento ricognitivo, la Regione trasmette ulteriore documentazione dove specifica che, per mero errore materiale, nel precedente provvedimento ricognitivo non era stato inserito l'assegno di cura per i malati di SLA, finanziato, tuttavia, interamente con fondi del Ministero lavoro e politiche sociali.
La Regione, inoltre, specifica di aver provveduto a correggere i modelli LA per l'anno 2012 e segnala che i costi sostenuti per le prestazioni indicate nell'allegato 5 al modello LA (chirurgia estetica, vaccinazioni non obbligatorie, certificazioni mediche, medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale, laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia e mesoterapia), sono relativi a prestazioni non finanziate da contributo regionale, né effettuate in regime libero professionale.

Si prende atto del chiarimento fornito dalla Regione; si fa, tuttavia, presente che l'assegno di cura per i malati di SLA, gravando sul Fondo nazionale per le non autosufficienze, non può essere considerato livello di assistenza aggiuntivo.

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE
La Regione ha adempiuto a quanto disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004, fornendo quanto richiesto. Infatti, per quanto riguarda le risorse residue la Regione ha sottoscritto in data 14 maggio 2010 un Accordo di programma nel quale riserva il 15,13% delle risorse disponibili al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione relaziona sull'iter dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie operanti nella Regione. Dichiara di aver completato l'iter sia per le strutture sanitarie che socio sanitarie, tuttavia risulta ancora in valutazione una struttura.
La Regione è adempiente con impegno a comunicare l'esito finale per la struttura in valutazione.

aj) Sperimentazioni gestionali

ADEMPIENTE
La regione Marche ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali compilata in tutte le sue parti dichiarando che, al 31 dicembre 2012, non sono attive sperimentazioni o innovazioni gestionali ma risulta conclusa la sperimentazione "Montefeltro Salute s.r.l.". In particolare, con DGR 1406 del 2011 la Regione aveva dichiarato, ai fini della stabilizzazione di tale sperimentazione, "di rinviare agli atti della programmazione sanitaria regionale ogni modalità di inserimento delle attività previste nella sperimentazione nel sistema di offerta sanitaria regionale". In seguito a tale affermazione erano state richieste informazioni in merito. La Regione, con nota del 31 ottobre u.s., ha fornito quanto richiesto e ha integrato tali informazioni con successiva nota, con la quale trasmette la Determina del Direttore Generale dell'ASUR n. 595 del 25/07/2013, contenente l'accordo contrattuale di committenza tra l'ASUR-Area Vasta n.1 e la Società Montefeltro Salute s.r.l. Si prende atto di quanto trasmesso.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

ADEMPIENTE
La Regione ha indicato gli atti normativi che regolamentano la riorganizzazione della rete laboratoristica. Ha inoltre indicato che, nel corso del 2012, è stata effettuata una rilevazione, su tutte le strutture accreditate private regionali, per valutare i dati di attività, di organizzazione, ecc. sui quali baserà le nuove procedure di aggregazione e le nuove regolamentazioni del service di laboratorio. La Regione ha inoltre indicato i primi riferimenti normativi in materia di service.
Con riferimento alla medicina di laboratorio, la Regione ha risposto ai quesiti riportati nel Questionario.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione ha trasmesso il report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche in cui specifica che le tipologie di controllo, gli strumenti utilizzati, i criteri di non confermabilità, la metodologia per la selezione delle cartelle cliniche e le misure correttive adottate sono quelle contenute nel Decreto del Dirigente del Servizio Salute n.96/2009 e previste nella DGR 1212/2004. La Regione dichiara che è stato dato avvio ad un apposito gruppo di lavoro che ha provveduto alla stesura (DGR in corso di approvazione) di nuove disposizione in materia di controlli esterni ed interni delle cartelle cliniche, dei produttori pubblici e privati e delle prestazioni sanitarie della Regione.

La Regione, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 29.465 controlli, pari al 13,39% del totale mentre, effettua per le strutture private accreditate 6.688 controlli, pari al 21,84%.

In riferimento alla Tabella 2 la Regione sia per le strutture pubbliche che per le strutture private assicura una percentuale di controlli superiore alla soglia del 2,5% sulla totalità delle cartelle cliniche.

Riguardo le misure adottate, solo per le strutture private, la Regione riporta nelle tabelle 1 e 2 i valori dell'abbattimento tariffario successivo ai controlli, procedendo con l'abbattimento del 50% della tariffa per le cartelle non confermate; la trasformazione del ricovero da regime ordinario in DH e conseguente valorizzazione ed infine il cambio di codifica e la conseguente modifica del DRG riconosciuto.

Relativamente al dettaglio per singolo erogatore pubblico delle misure adottate, la Regione ha trasmesso la relazione di dettaglio dell'ASUR e la nota in cui dichiara che le misure correttive, per il pubblico, hanno riguardato interventi di audit con incontri con le singole Unità Operative e le Direzioni mediche e l'inserimento di obiettivi specifici nei budget Aziendali. Inoltre la Regione ha deliberato la DGR 781 del 18.05.2013 "Controlli sulle cartelle cliniche. Disposizione in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie della Regione Marche" in cui adotta un nuovo Sistema di controlli di definizione delle ricadute dell'attività di controllo sia a livello programmatorio che a livello economico.

La Regione Marche viene considerata adempiente con l'impegno a fornire per l'anno 2013 gli effetti economici successivi ai controlli disaggregati per ciascun erogatore pubblico e privato accreditato.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE

La Regione ha certificato il dato della spesa protesica anno 2011, che risulta non coerente con i dati del modello LA. La Regione ha dichiarato le motivazioni della discrepanza tra i dati certificati di cui agli elenchi 1, 2 e 3 allegati al D.M. 332/1999 ed il dato della spesa protesica anno 2011, risultanti dal modello LA. Il dato errato è attribuibile all'azienda 201; la Regione dichiara che provvederà, a seguito della riapertura del NSIS anno 2011, a modificare i dati dell'azienda in oggetto e del 999. Avendo fornito al momento spiegazione in merito alla mancata quadratura si ritiene la Regione adempiente.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

Si rileva la positiva azione della Regione nel percorso di attuazione degli adempimenti in tema di cure palliative e terapia del dolore.

In riferimento alla tabella degli indicatori riportata nel Questionario, nell'evidenziare che al punto 3) è stata imputata, per evidente mero errore materiale, la cifra di 1,4 che dovrà essere rettificata con il dato esatto, si sottolinea la rilevanza delle azioni di consolidamento dei flussi informativi (SIAD, hospice) ai fini del costante miglioramento della qualità dei dati di cui si tratta.

AO.2
ADEMPIENTE
Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice") la Regione non ha inviato un Piano di adeguamento mentre ha inviato i dati del I e II trimestre 2013.

AO.3
ADEMPIENTE
Esaminata la documentazione pervenuta in relazione alle attività inerenti l'attivazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia, si certifica positivamente.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE
AP.1.1 Gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl hanno consentito nel 2012 la dimissione di 5 internati in OPG per i quali è stata disposta la proroga della misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno su 8.
AP.1.2 La Regione risponde positivamente al quesito sul punto e allega la DGR 233/2013 "Accordo Stato - Regioni del 26 novembre 2009 (rep. n. 82 - CU) - Protocollo d'Intesa tra la Regione Marche e il Centro per la Giustizia minorile dell'Abruzzo, Marche e Molise per la presa in carico di minori con problematiche di tipo sanitario sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria".
AP.1.3 La Regione richiama la DGR 766/2012 "Attuazione allegato "C" - DPCM 01.04.2008 - Conferenza unificata 13.10.2011 - Approvazione schema di accordo tra Regione Marche e Provveditorato Regionale amministrazione penitenziaria per attivazione struttura osservandi "nella quale è indicato che presso la Casa Circondariale di Ascoli Piceno a partire dal 30 giugno 2012 è stata attivata la "sezione osservandi" ai fini della implementazione della tutela intramuraria della salute mentale dei detenuti.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE
Dall'analisi della documentazione pervenuta risulta che:
AS.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali.
La Regione ha effettuato nel 2012 il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni e ha aderito al monitoraggio AGENAS.

AS.1.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici.
La Regione ha effettuato una ricognizione delle strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici.

AS.1.3 Iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari relative alle Raccomandazioni ministeriali
La Regione ha attivato eventi per la formazione rivolti agli operatori sanitari in coerenza con le attività di gestione del rischio regionale.

AS.2 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria.

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Check-list di chirurgia; dall'indagine è emerso che 113 UO chirurgiche regionali su 134 utilizzano la Check-list di chirurgia

AS.3 Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES.
La Regione Marche ha attivato dal 2010 il sistema di segnalazione degli eventi sentinella.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Valutazione Tavolo adempimenti
La Regione ha trasmesso la documentazione obbligatoria prevista dall'adempimento in oggetto. A tale proposito si rileva che:

- relativamente al prospetto del PAC non risulta rispettato il format ex DM 1 marzo 2013 con riferimento agli obiettivi F5, F7 e E7. Inoltre, relativamente all'obiettivo G.5.2, si rileva che non è prevista alcuna scadenza.
- la Relazione di accompagnamento non rispetta il format ex DM 1 marzo 2013.
- la Regione ha identificato due soggetti responsabili del coordinamento, in contraddizione al dettato del DM 1 marzo 2013 che ne prevede uno: "Si precisa infine che la regione dovrà anche indicare, tra tutti i soggetti sopra detti, il responsabile del coordinamento per assicurare la corretta e completa attuazione del PAC".

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che nel proprio territorio è implementato 1 CUP Unico Regionale per l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), l'Azienda Ospedaliera Marche Nord (AOMN) e l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona (AOR). Dichiara inoltre che è in fase di implementazione nel CUP l'Istituto Nazionale Riposo e Cura per Anziani (INRCA).

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Salute mentale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS relativamente al territoriale e residenziale.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE
Da una prima valutazione dei dati del flusso informativo Dipendenze relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, risulta un insieme di dati non completamente coerente. In particolare il numero dei soggetti è superiore al numero dei contatti e il numero dei dati del flusso MHX è basso in relazione al numero dei soggetti.
Tuttavia dalle verifiche effettuate sul sistema SIND risulta superata la criticità relativa all'alto numero di utenti per i quali non è stato inviato il contatto e migliorata la situazione della rilevazione HIV.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione era stata valutata per il 2011 adempiente con impegno a trasmettere documentazione specifica che attestasse il recepimento delle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Con la trasmissione della delibera 434 del 25 marzo 2013, con la quale la Regione ha recepito le suddette Linee guida, viene sanato l'impegno per l'anno 2011.

La Regione dichiara che è in corso la realizzazione dell'infrastruttura ICT a supporto dell'integrazione del sistema informativo sanitario regionale che prevede un unico fascicolo sanitario regionale. Il progetto prevede la copertura, in modalità graduale sul territorio regionale, dei tre principali componenti per la diagnostica costituiti da: referti di laboratorio, diagnostica per immagine e integrazione delle cartelle cliniche dei MMG/PLS e dell'integrazione nel FSE delle lettere di dimissione ospedaliera, di refertazione ambulatoriale e specialistica e delle attività di reparto e di pronto soccorso.

La Regione ha comunicato il completamento della gara per la realizzazione delle attività di cui sopra. Tuttavia i tempi necessari a realizzare l'infrastruttura tecnologica non consentiranno alla Regione di inviare alcun documento entro il 2013.

Pertanto la Regione viene valutata adempiente con impegno a realizzare le attività relative al fascicolo sanitario elettronico.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

AAE.1

Il punto risulta soddisfatto in quanto la Regione sta procedendo nel percorso di autorizzazione e accreditamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta.

AAE.2

Per il punto relativo all'utilizzo dei fondi assegnati per l'istituzione e il funzionamento della Struttura Regionale di Coordinamento risulta soltanto utilizzazione dei fondi relativi all'anno 2010.

Risultano inoltre attribuite alla SRC le funzioni previste dall'Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011.

AAE.3

Risultano soddisfatti tutti i punti relativi ai requisiti richiesti, in quanto la Regione ha recepito l'Accordo e sta avviando le iniziative relative alla razionalizzazione della rete.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione fornisce tardivamente documentazione integrativa alla relazione precedentemente trasmessa, che appariva lacunosa e non esaustiva circa lo stato di attuazione delle linee di indirizzo contenute nell'Accordo del 16 dicembre 2010 specificamente individuate dal Questionario LEA. In particolare mancava la tempistica relativa all'attuazione delle linee di indirizzo suddette, tenendo conto che le Regioni con l'Accordo si erano impegnate a realizzare nei tre anni successivi quanto contenuto nelle 10 linee di attività.

Alla luce delle suddette integrazioni e delle informazioni fornite dal referente regionale nella riunione del Comitato LEA del 24 gennaio 2014, che riferisce circa le azioni svolte o in corso di svolgimento nell'anno 2013, la Regione viene considerata adempiente con impegno a trasmettere

gli atti regionali relativi alle attività svolte nel corso del 2013, che la Regione con nota prot. 466/ARS/RAO/P del 17 gennaio 2014 ha dichiarato di implementare, inerenti le linee di azione cui si fa riferimento nel Questionario.
La Regione dichiara di non aver effettuato deroghe nella riorganizzazione della rete dei punti nascita rispetto a quanto contenuto nell'Accordo.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione ha formulato una proposta di riorganizzazione della rete territoriale di soccorso individuando in maniera dettagliata tutta la rete dell'emergenza territoriale nelle sue articolazioni e le modalità di integrazione con la componente ospedaliera. Non sono previste riduzioni del numero delle CO 118. E' in corso anche un processo di ridefinizione delle reti cliniche e dell'articolazione dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza. Non vengono fornite informazioni in merito all'articolazione ed attivazione delle reti per le patologie tempo-dipendenti. Pur esistendo l'atto istitutivo e la data di inizio delle stesse, non viene descritta in dettaglio l'articolazione di rete.
La Regione viene considerata adempiente con impegno a fornire i dati richiesti.

AAG.2
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la Regione è adempiente per la disponibilità del dato e per la completezza territoriale. Relativamente alla qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS; per quanto riguarda il flusso PS si evidenzia una criticità nella valorizzazione della diagnosi principale.
La Regione è adempiente con l'impegno a risolvere la criticità rilevata.

AAG.3
ADEMPIENTE
L'indicatore n. 21 della griglia Lea "intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 16 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21) identico al valore rilevato nell'anno 2011.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE
La relazione inviata dalla Regione fornisce una descrizione del processo di riorganizzazione delle Cure primarie in atto che non si discosta da quello fatto pervenire nel 2011. Le forme associative avviate, vedono la partecipazione di 374 MMG (30%) nelle forme semplici, 81 MMG (7%) nella medicina in rete e 514 (42%) nella medicina di gruppo. Fornisce altresì il numero dei PLS impegnati in ogni forma associativa. Relativamente ai modelli organizzativi complessi delle Cure Primarie, fornisce il numero delle Equipe Territoriali attivate (56) secondo quanto previsto dagli AA.CC.NN. della Medicina Generale e relativi A.I.R. nonché il numero (14) delle Case della Salute operanti nella ASL regionale (ASUR). Per entrambi gli aspetti fornisce i riferimenti normativi istitutivi. La gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico è adottata dal 71,5 dei MMG e dall'82,5% dei PLS. Per quanto riguarda la dematerializzazione delle ricette e la relativa trasmissione dei dati, la Regione sta approntando le strutture informatiche idonee a soddisfare tutti gli obblighi informativi. Relativamente agli indicatori richiesti viene fornita la percentuale dei MMG (100%) che partecipa alle Equipe Territoriali sopra citate.

aai) Riabilitazione

AAI.1

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione trasmette una Relazione nella quale si afferma che, nel corso dell'anno 2012, ha provveduto a recepire con DGR 1574 del 12 novembre 2012 l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul documento concernente "Piano d'indirizzo per la riabilitazione". La stessa DGR prevede la costituzione del Gruppo di Lavoro regionale per la contestualizzazione del Piano, nonché la sua composizione e gli obiettivi, coerenti con le previsioni della DGR 528/2012 e della L. 135/2012.

In seguito la Regione trasmette una relazione integrativa che illustra una serie di recenti iniziative assunte e informa dell'effettivo insediamento e operatività del Gdl a partire dal 10 luglio 2013.

In merito ai singoli punti, evidenziati nelle Note di compilazione del Questionario, oggetto di valutazione, si evidenzia quanto segue.

b) E' stata promossa da diversi anni l'introduzione di profili di assistenza per le patologie di maggior rilievo (ictus e frattura di femore), con la definizione del team responsabile, dei criteri di inclusione dei pazienti e con la fissazione di indicatori di valutazione. Con le DGR 735/2013 (parte ospedaliera) e la DGR 1011/13 (area extra-ospedaliera) sono stati definiti standard assistenziali per l'area della disabilità alla luce delle Linee guida del 1998 e del Piano di indirizzo 2011.

c) Nel PSR 2012-2014 si prevede che dipartimento di riabilitazione garantisca l'implementazione del PRI in tutte le strutture.

e) Il PSSR prevede un'organizzazione fondata sui dipartimenti di riabilitazione per la garanzia della "regia assistenziale unificata". In alcune aree territoriali sono state già assunte determinazioni in tal senso: l'Area vasta n. 3 ha previsto il dipartimento transmurale funzionale della riabilitazione, mentre l'Area vasta 2 ha previsto il dipartimento funzionale di riabilitazione lungodegenza. Con DGR n. 1345/2013 sono state delineate le reti cliniche delle strutture ospedaliere pubbliche, anche per quanto riguarda le Unità operative di riabilitazione ospedaliera intensiva. Il monitoraggio dei profili di assistenza di cui alla lett. a) sono stati oggetto di monitoraggio per valutare l'applicazione delle raccomandazioni regionali, attraverso verifiche di un monitor dell'Area qualità dei processi assistenziali presso strutture della regione e Audit.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a documentare i risultati operativi delle iniziative assunte nell'area della riabilitazione, con particolare riguardo all'integrazione tra equipe ospedaliere e territoriali.

AAI.2

La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	11,8%	16,1%	12,4%	14,7%	11,5%	13,5%
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	10,7%	10,7%	7,6%	10,2%	8,9%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	9,2%	8,7%	10,7%	9,3%	10,9%	9,1%

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La Regione risulta sufficiente per 3 item su 5.

Tra le criticità si segnala, tra gli indicatori di performance un livello di attività insoddisfacente di controllo della anagrafe degli ovicaprini e la % dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione (66%).

Per i flussi informativi veterinari risulta sufficiente (con punteggio pari al 78% e 4 indicatori vincolanti su 6), con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione. In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili, per ciò che concerne le Salmonellosi zoonotiche ed per l' attività di controllo sull'anagrafe degli ovicaprini e dei suini. Si segnala inoltre un livello di attività inadeguato in merito al livello di attuazione del Piano Nazionale residui, al controllo ufficiale per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale, al rispetto delle procedure di rilascio dei riconoscimenti condizionati per gli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale, e criticità circa i flussi informativi relativi agli audit sulle autorità competenti.

Riguardo il programma di audit inizialmente emergeva una non attuazione dell'attività di audit sulle autorità competenti, ma la documentazione integrativa trasmessa dalla Regione sul punto ha dimostrato l'impegno fattivo svolto nel 2013 per soddisfare gli obblighi monitorati dall'item.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Si prende atto della DGR 1042/2012 con cui la Regione recepisce le linee guida nazionali per la dematerializzazione clinica in diagnostica per immagini di cui all'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 4 aprile 2012.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

Si rinvia al punto l) Controllo spesa farmaceutica per la valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

Il Direttore della ASR delle Marche contesta la congruità dell'incidenza complessiva della spesa farmaceutica della Regione Marche che si attesta su un valore del 18,21% (come riportato nella "Scheda per il calcolo della spesa Farmaceutica") rispetto all'incidenza riportata dalla Regione ed acquisita esternamente al procedimento di verifica degli adempimenti LEA, dal documento di monitoraggio della spesa farmaceutica gen-dic 2012 del 23 aprile 2013 approvato dal CdA dell'AIFA.

Tale monitoraggio riportava un'incidenza del 16,5% sul riparto del FSN della Regione Marche. I disallineamenti segnalati dalla Regione sono concreti, benché non tra loro confrontabili, in quanto risultanti ad esito di procedure di calcolo basate su fonti informative differenti. La motivazione di tale disallineamento non è riconducibile al monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale delle Marche, il cui valore è perfettamente coincidente con quello riportato nel documento di monitoraggio AIFA del 23 aprile 2013 su citato, bensì alla diversa procedura di calcolo della spesa farmaceutica ospedaliera. In proposito il procedimento di validazione della Scheda Farmaceutica è stato concluso ad esito di una verifica interistituzionale nell'ambito del Comitato LEA, che ha visto corrispondere la spesa farmaceutica ospedaliera con il dato riportato alla corrispondenti voci del conto economico regionale. L'incidenza sul riparto del FSN di competenza della Regione Marche risulta del 5,95%, rispetto al 4,2% risultante dal monitoraggio AIFA. Il parere finale dell'AIFA sull'adempimento in oggetto ovviamente non può riferirsi a risultati difformi rispetto a quelli rilevati e già valutati, contenuti nella Scheda farmaceutica. Pertanto si conferma l'incidenza della Regione Marche del 18,21%; inoltre, l'AIFA riconosce in tale parere "i rilevanti sforzi di governo dell'assistenza farmaceutica regionale", dovendo tuttavia rilevare che "l'obiettivo di pareggio della propria spesa farmaceutica rispetto ai tetti di spesa è ancora molto distante (ossia il 18,21% rispetto al 15,5%)". In definitiva, stante i dati del conto economico –relativamente alle voci di acquisto di medicinali – trasmessi dalle strutture sanitarie pubbliche della Regione Marche l'incidenza della spesa complessiva è del 18,21%.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi ricadente nel periodo indicato.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del periodo indicato.

Molise

c) Obblighi informativi

Economici

INADEMPIENTE

Sono emerse nel corso delle verifiche dell'adempimento in oggetto le seguenti criticità.

Relativamente all'invio dei dati al SIS mancano i seguenti modelli:

- CP, 999, 000, 201 relativamente al 2012;
- tutti gli allegati del modello LA, ed il dettaglio dell'allegato 6 da ricondurre ai singoli livelli di assistenza.

Si segnala inoltre che è stato variato il modello LA 2012 della ASREM in data 12 luglio successivamente alla trasmissione del modello 999 del 5 luglio.

Inoltre, nel verificare la coerenza interna del modello SP (somma aziende e 999) relativamente al Fondo di dotazione si registra una differenza di 7.540 migliaia di Euro, tuttavia giustificata dalla Regione.

Si chiede di conoscere le azioni che la Regione intende porre in essere per riconciliare i valori tra GSA e ASREM.

Nel verificare la coerenza interna del modello CE (somma aziende e 999) sono emerse criticità per le quali si attende riscontro; infine, si resta in attesa di tutti gli allegati del modello LA e del dettaglio dell'allegato 6 da ricondurre ai singoli livelli di assistenza.

Statistici

INADEMPIENTE

Si segnala, in via preliminare, che nella verifica degli adempimenti LEA per l'anno 2011 la Regione Molise era risultata adempiente con prescrizione a risolvere le criticità evidenziate sui flussi informativi STS24 (assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale), STS21 (assistenza specialistica territoriale) e Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP).

Per l'anno 2012 la copertura dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sui flussi informativi Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP) e SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010). In particolare si segnalano criticità sulla percentuale di compilazione dei campi "data di prenotazione", "classe di priorità" e "livello di istruzione".

La qualità dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sul flusso informativo SDO – Scheda di Dimissione ospedaliera - compilazione dei nuovi campi della SDO (D.M. 135 del 8.07.2010).

La Regione deve integrare la banca dati NSIS e dare riscontro all'Ufficio di Statistica sulle segnalazioni relative ai flussi informativi. Deve in particolare eliminare le criticità nei flussi informativi Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP), SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera - compilazione nuovi campi della SDO (D.M. 135 del 8.07.2010).

Tenuto conto che il flusso informativo CEDAP era risultato critico nella valutazione degli adempimenti 2011 e pertanto costituiva impegno per l'anno 2012, in mancanza della soluzione della suddetta criticità, con riferimento alla rilevazione dati per l'anno 2012, la valutazione definitiva è di inadempienza.

e) Erogazione LEA

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Regione Molise con un punteggio pari a 146 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente con impegno". Considerando che la Regione è in Piano di Rientro si rinvia agli obiettivi stabiliti dal Piano stesso, in particolare, relativamente all'assistenza residenziale per anziani e

disabili ed all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera. Persistono delle criticità per il livello "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", in particolar modo per le vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, prevenzione veterinaria e screening.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

Dalla Base Dati nazionale risulta che, a gennaio 2013, la Regione Molise ha una dotazione di 1.422 posti letto, pari a 4,54 per 1.000 abitanti, di cui 3,61 per pazienti acuti (1.130 posti letto) e 0,93 per riabilitazione e lungodegenza (292 posti letto). Si rileva che non è stata effettuata la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13. La Regione deve superare le criticità presenti nella base dati nazionale.

L'offerta di posti letto regionali mostra un trend in lieve decremento nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) e, per l'anno 2012, risulta superiore rispetto allo standard previsto dalla normativa vigente.

In relazione ai provvedimenti per il raggiungimento dei nuovi standard, la Regione risulta aver trasmesso il DCA 8/2013 (15-2013-A) che reca il Piano Sanitario Regionale 2013-2015.

F.2

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Base Dati Nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 200,56 nel 2010, di 188,31 nel 2011 e di 178,77 nel 2012.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, con un differenziale di 5,9 nel 2010 (30,9%), 7,8 (32,8%) nel 2011 e 7,9 nel 2012 (32,9%).

In riferimento alla tematica in questione, la Regione risulta aver trasmesso il DCA 8/2012 inerente l'accorpamento funzionale di due strutture ospedaliere e il DCA 32/2012 relativo all'adozione di nuove tariffe per ricoveri per acuti, post-acuti e lungodegenti; tali provvedimenti non appaiono sufficienti per il raggiungimento dei nuovi standard previsti dalla L. 135/2012.

g) Appropriatezza

Per l'anno 2012, a soli fini informativi, la Regione Molise si colloca in una situazione critica per i DRG 41 "Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni CC", 251 "Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC", 254 "Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC", 333 "Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni", 352 "Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile", 409 "Radioterapia", 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta", con una percentuale di DRG in area critica pari al 6,5%.

Il 13% dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza.

h) Liste d'attesa

INADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

La Regione effettua il monitoraggio ex post. Dai dati pervenuti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), e tenendo conto delle Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa del dicembre 2010, si segnala che tutti i seguenti campi non sono stati valorizzati correttamente e di questa irregolarità si chiede spiegazione:

- Campo Classe di priorità della prestazione → 65,09% (I semestre); 63,51% (II semestre).
- Campo Garanzia dei tempi di attesa → 4,94% (I semestre); 4,98% (II semestre).
- Campo Prestazioni in primo accesso →59,63% (I semestre);58,08% (II semestre).
- Struttura sanitaria erogatrice → 43,82% (I semestre); 45,32% (II semestre).

Non risulta possibile calcolare l'indicatore dei Tempi di Attesa, previsto solo per le Regioni per le quali risulta una valorizzazione > 90% dei campi necessari al calcolo.

H.2 Monitoraggio ex ante

I dati pervenuti riguardano solo la rilevazione di aprile 2012 e non quella di ottobre. A tal proposito è stata inviato un sollecito che non ha avuto riscontro.

Le soglie di garanzia risultano essere:

- Classe B Aprile 86,30%
- Classe D Aprile 97,41%

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

- Campo Data Prenotazione:
  - Regime ordinario. Campi corretti 80,85 %.
  - Regime DH. Campi compilati correttamente 49,02%
- Campo Classe di priorità:
  - Regime ordinario. Campi compilati correttamente 84,92%
  - Regime DH. Campi compilati correttamente 48,75%

H.4 Monitoraggio delle sospensioni

La Regione dichiara che durante i periodi luglio-dicembre 2011 e gennaio- giugno 2012 non vi sono state sospensioni dell'erogazione di prestazioni che rientrano nelle caratteristiche previste dalle Linee guida ministeriali. Per quanto attiene ai possibili interventi da attuare per sopperire ai disagi degli assistiti in caso di sospensioni si fa riferimento esclusivamente al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa.

H.5 Monitoraggio PDT complessi

Dall'esame dei dati pervenuti risulta che il monitoraggio viene regolarmente effettuato.

Si evidenzia che la Regione Molise presentava per l'anno 2011 un impegno sulle criticità del monitoraggio ex post, tuttora presenti per l'anno 2012.

Quindi, si chiede alla Regione Molise di provvedere a fornire:

- le motivazioni della non corretta valorizzazione dei Campi: "Classe di priorità della prestazione", "Garanzia dei tempi di attesa"; "Prestazioni in primo accesso"; "Struttura sanitaria erogatrice" e gli interventi volti a superarla
- i dati relativi al monitoraggio ex ante dell'ottobre 2012
- impegno a migliorare il dato del monitoraggio dei ricoveri in regime di DH
- le possibili indicazioni per evitare disagi in caso di sospensione.

Si ritiene opportuno, infine, visto il perdurare delle criticità su diversi aspetti della gestione delle liste di attesa, di porre attenzione a questa problematica anche nel Piano operativo 2013-2015, in fase di predisposizione.

I) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

La Regione Molise ha evidenziato nel 2012 una spesa farmaceutica territoriale di 72,4 milioni di Euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 13,1% del Fabbisogno sanitario regionale dello -0,64% (-3,7 milioni di Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2012 risulta superiore rispetto a quella inizialmente prevista dall'AIFA ai sensi dell'art.5, comma 4, della

L.222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 27,6 milioni di Euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno sanitario regionale del 2,35% (+13,7 milioni di Euro).
La Regione Molise evidenza una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 10 milioni di Euro.
La Regione, pur rispettando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, evidenza il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.
Pertanto, per il parere finale si rimanda alla valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato LEA, al fine di verificare la compensazione dei disavanzi della spesa farmaceutica con altre voci di spesa del Servizio sanitario regionale, o di altre voci del bilancio regionale.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: MOLISE			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	50.222.297,11	8,65%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	794.948,00	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	1.756.501,00	0,30%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	11.174,00	0,00%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	15.768.022,00	2,71%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	8.957.546,00	1,54%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	2.937.617,00	0,51%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	6.019.929,00	1,04%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**72.385.242,11**	**12,46%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	580.913.630,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	76.099.685,53	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-3.714.443,42	-0,64%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	66.908.749,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	44.026.000,00	7,58%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	326.157,00	0,06%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	52.673,00	0,0091%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	269.320,00	0,05%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**27.609.828,00**	**4,75%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	580.913.630,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	13.941.927,12	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	13.667.900,88	2,35%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che la trasmissione delle informazioni è centralizzata a livello regionale per tutti i flussi ad eccezione del flusso della specialistica ambulatoriale (flusso art. 50) e del flusso della farmaceutica convenzionata (flusso art. 50) cui provvedono direttamente le strutture sanitarie erogatrici. La Regione dichiara inoltre che la validazione delle informazioni trasmesse è centralizzata a livello regionale per tutti i flussi.

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE
L'adempimento in esame è fra quelli che sono oggetto di azioni di miglioramento e rafforzamento nel piano di rientro stipulato dalla Regione. Ai fini dell'adempimento in oggetto, la Regione non ha trasmesso alcuna documentazione e non ha compilato il Questionario.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione ha dichiarato che non ci sono variazioni rispetto a quanto dichiarato per l'anno 2011.

p) Dispositivi medici

P.1
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

P.2-P.3
La Regione ha partecipato costantemente a tutte le riunioni del Gruppo di Lavoro Nazionale (6/6) costituito ai fini dell'implementazione del corretto avvio dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici.
Si registra una discreta diffusione delle informazioni agli operatori delle strutture sanitarie del territorio di competenza.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2
INADEMPIENTE
La Regione non ha risolto l'inadempienza per l'anno 2011.
Si conferma la necessità che la Regione chiarisca e disciplini ex novo la situazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale per anziani (esistono 167 p.l. in strutture socio assistenziali non accreditate e non censite dal SIS) e per disabili.

Per l'anno 2012, il punteggio totale riportato dalla Regione è di **9** punti, così ripartiti:

- Valutazione Multidimensionale del disabile: 1 punto
- Offerta assistenziale: 6 punti (la regione deve chiarire dove sono erogati i trattamenti R1)
- Ripartizione degli oneri: 0 punti (non raggiunge il minimo richiesto nei trattamenti necessari)
- Fornitura dati posti letto: 2 punto (non raggiunge il minimo richiesto nei trattamenti necessari)

La Regione viene considerata inadempiente perché non raggiunge il punteggio mimino richiesto.
Si rappresenta che la normativa sulla compartecipazione del Comune/assistito alle prestazioni di assistenza sociosanitaria non è in linea con la normativa nazionale. In particolare si evidenziano le seguenti criticità:

- Trattamenti residenziali di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale a malati cronici non autosufficienti R3: la quota di oneri a carico del sociale non è in linea con la previsione del DPCM Lea;
- Trattamenti residenziali e semiresidenziali socio-riabilitativi di mantenimento a persone con disabilità: non è presente la quota di oneri a carico del sociale;
- Trattamenti residenziali a persone con disturbi mentali: non è presente la quota di oneri a carico del sociale.

Con riferimento ai trattamenti residenziali intensivi a malati cronici non autosufficienti R1 la Regione deve indicare in quali strutture vengono erogati e la tariffa applicata.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

S.4

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la regione risulta adempiente per la disponibilità del dato e per la completezza territoriale. Relativamente alla qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS si evidenzia una forte criticità nella valorizzazione dell'informazione della ASL di residenza.
La Regione risulta pertanto adempiente con l'impegno a risolvere le criticità rilevate.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che sono stati adottati provvedimenti, che modificano l'adempimento previsto dall'articolo 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, prevedendo una tariffa unica pro-die di 137,89 con un abbattimento del 30% per le tariffe relative alla lungodegenza oltre il valore soglia di 60 giorni (DCA 32 del 18/07/2013).

u) Piano nazionale della prevenzione

INADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Molise risulta pari a 60 ovvero inferiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.

- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: INADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: ADEMPIENTE
- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza: INADEMPIENTE
- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento

- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: ADEMPIENTE
  Per gli aspetti attinenti al potenziamento delle risorse strumentali programmato, è stata effettuata alla Direzione Generale ASReM la richiesta di autovetture per l'espletamento del servizio ispettivo e l'acquisto di specifiche apparecchiature (etilometro, in particolare per la verifica dell'uso di alcool sui cantieri edili, cabina per audiometria, spirometro, pc …). In rapporto al potenziamento delle risorse umane la Direzione Generale ASReM ha provveduto a richiedere personale ingegneristico per il settore impiantistico–antinfortunistico, tecnico della prevenzione e con qualifica di autista. E' stata raggiunta la copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi in un anno.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE
La Regione con la Determinazione del Direttore Generale n. 92 del 16 aprile 2013 avente come oggetto: "Programma regionale di Educazione Continua in medicina – Accreditamento dei Provider regionali", ha avviato l'accreditamento dei provider in via sperimentale per il biennio 2013-2014 tramite un bando regionale senza indicare alcun termine di scadenza.
Si fa presente che tale modalità operativa non risulta perfettamente in linea con il punto 2 del Questionario, secondo cui la Regione deve indicare la procedura informatica utilizzata per l'accreditamento degli aspiranti provider e per l'accreditamento delle singole attività formative (utenza e password per la verifica).
In prima valutazione, pertanto, si chiede alla Regione di fornire le credenziali di accesso della procedura di accreditamento eventi, per la verifica, e si segnala la necessità di avviare la procedura informatica per l'accreditamento degli aspiranti provider regionali.
Inoltre, si chiede alla Regione di adottare e di predisporre, in tempi brevi, il tracciato unico (Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009) definito dalla Commissione Nazionale Formazione Continua per l'invio dei dati dei partecipanti agli eventi formativi regionali al COGEAPS.
Successivamente la Regione ha trasmesso documentazione integrativa.
Con Determinazione del Direttore Generale n. 199 del 6 agosto 2013 ha stabilito l'obbligatorietà della richiesta di accreditamento provider regionale online, modificando la DDG n.92 del 16 aprile 2013, che prevedeva un bando regionale.
Ha predisposto, inoltre, una procedura informatica per l'accreditamento degli aspiranti provider regionali attraverso un software ECM che, come dichiarato dalla stessa, prevede l'utilizzo del tracciato unico (Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009) per l'invio al COGEAPS dei dati dei partecipanti agli eventi formativi e ha comunicato le credenziali di accesso per la relativa verifica.

x) Implementazione percorsi diagnostico- terapeutici

INADEMPIENTE
La Regione dichiara di aver monitorato lo stato di implementazione dei Percorsi Diagnostico-terapeutici in ambito oncologico secondo le Linee Guida del giugno 2011, indicate nel PNGLA, e a tal proposito elenca i presidi ospedalieri oggetto di tale attività. Inoltre la Regione indica l'Osservatorio sulla Qualità dei Servizi sanitari quale struttura designata all'attività di raccolta e analisi delle informazioni desunte dai monitoraggi.

Si tiene a precisare che l'adempimento per l'anno 2012 riguarda esclusivamente il Monitoraggio dell'implementazione di Linee Guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale e che tale attività di programmazione regionale può riguardare alcune patologie la cui gestione è considerata particolarmente rappresentativa per l'utenza. Le Aziende sanitarie devono far riferimento a linee guida cliniche per identificare standard assistenziali e costruire indicatori di appropriatezza clinica e monitorarne l'adattamento costante attraverso la costruzione di PDT che coinvolgono diversi professionisti sanitari e incidono sulla organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali.
Si rimane in attesa della documentazione attestante il monitoraggio dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE
La Regione dichiara di non garantire livelli ulteriori.

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE
La Regione Molise ha evidenziato che nell'anno 2012 non ha sottoscritto un accordo integrativo a quelli siglati nel 2005 e 2008.
La Regione ha evidenziato l'acquisto di una Pet/Tac effettuato con le risorse di cui alla L. 448/1998.
E' in corso di sottoscrizione il nuovo accordo di programma finalizzato alla realizzazione di un investimento per l'attuazione dell'art. 79, comma sexies, lettera c), della legge n. 133/08 e dispone di ulteriori risorse per nuovi investimenti.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE
La Regione Molise conferma di aver concluso tutte le procedure di accreditamento istituzionale nel pieno rispetto della tempistica nazionale (ex Legge 296/2006, art. 1, c. 796); all'uopo la Regione specifica che sono in corso due sole rimodulazioni di posti letto nell'ambito di quelli già accreditati per mutamenti nosologici relativi agli IRCCS Neuromed e Giovanni Paolo II. La Regione informa inoltre che è stato istituito un apposito nucleo ispettivo diretto a verificare, nuovamente, le autorizzazioni e gli accreditamenti istituzionali.

aj) Sperimentazioni gestionali

ADEMPIENTE
La Regione Molise ha dichiarato di non aver autorizzato programmi di sperimentazione gestionale e di non aver legiferato in materia. Al 31 dicembre 2012 non sono attive sperimentazioni e innovazioni gestionali.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR
La Regione ha dichiarato di non aver redatto un nuovo Piano di riorganizzazione della rete laboratoristica.

Nel corso della verifica adempimenti per l'anno 2011, la Regione aveva dichiarato che la riorganizzazione della rete laboratoristica, in seguito a revoca del Decreto n.32 del 18 giugno 2010, era contenuta nella DGR 996 del 30 agosto 2007 e che la nuova riorganizzazione sarebbe stata contenuta nel nuovo Piano Sanitario Regionale 2013-2015. Il PSR, approvato con DCA n. 8 del 21 marzo 2013, contiene indicazioni in merito al "Nuovo modello organizzativo delle strutture pubbliche", articolato su un sistema di "Laboratori in Rete" con un Laboratorio Unico Logico, con funzioni Hub (laboratorio generale con settori specializzati), e due laboratori con funzione Spoke (laboratori di base, compresa l'urgenza).
In seguito alla richiesta di chiarimenti la Regione ha trasmesso una nota in cui fornisce informazioni, in merito al nuovo modello di riorganizzazione, discordanti rispetto a quanto indicato nel PSR. Inoltre dichiara, con riferimento al punto relativo al service di laboratorio, che l'ASREM ha predisposto la regolamentazione sul service di laboratorio, ma non ha allegato alcun documento a supporto.
In merito alla medicina di laboratorio la Regione ha risposto a tutti i quesiti.

am) Controllo cartelle cliniche

INADEMPIENTE
La Regione Molise ha inviato per ciascuna struttura un'analisi dettagliata sui DRG potenzialmente inappropriati mentre viene inviato per le sole strutture private Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II un riepilogo delle contestazioni; per le pubbliche, non remunerate a prestazione, non vi sono decurtazioni tariffarie ma solo segnalazioni.
La Regione, nella Tabella 1 (Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008), dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 19.316 controlli, pari al 44,09% del totale, mentre effettua per le strutture private 6.510 controlli, pari al 51,91%.
Analogamente, nella Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 19.316 controlli, pari al 44,09% del totale, mentre effettua per le strutture private 6.510 controlli, pari al 51,91%.
Si richiedono dunque dei chiarimenti in merito ai medesimi valori dei controlli riportati nelle due tabelle, nelle quali sono indicati analogamente anche i medesimi valori dell'abbattimento tariffario e del numero delle cartelle cliniche non confermate per le strutture private.
Si rileva inoltre, che non è pervenuto il report relativo ai controlli secondo quanto previsto dall'art.3 c.2 del DM 10.12.2009.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione ha certificato il dato della spesa protesica anno 2011, che risulta non coerente con i dati del modello LA. Successivamente, ha precisato che la modalità di approvvigionamento di alcuni dispositivi medici di cui agli elenchi 2 e 3 allegati al D.M. 332/1999 (cateteri, ausili per incontinenza) avviene mediante il prelevamento diretto dai magazzini di deposito delle farmacie ospedaliere, il cui costo risulta imputabile alle voci relativi ai consumi ospedalieri. Con l'omogeneizzazione delle procedure contabili in corso di perfezionamento e con l'introduzione dell'utilizzazione di un software gestionale per l'assistenza protesica, che sarà a regime nel 2014, il dato subirà modifiche al fine di una corretta imputazione del dato nel modello LA.
Al riguardo, nel prendere atto di quanto dichiarato dalla ASREM in merito alle spiegazioni fornite sulla discrepanza risultante tra i dati del SIS e la certificazione prodotta, in cui si attesta la spesa protesica in base all'art. 2 comma 380 della legge 24 dicembre 2007 n. 244, si chiede alla Regione medesima e al responsabile del consolidamento dei bilanci aziendali di adoperarsi per assicurare un

maggior controllo sulla corretta contabilizzazione delle voci di costo e ricavo da parte dell'unica azienda del servizio sanitario regionale.
In considerazione di quanto sopra, la Regione risulta adempiente per l'anno 2012. Si chiede per il 2013 di adottare ogni utile iniziativa, che dovrà essere comunicata al Ministero della Salute, affinché la ASREM contabilizzi correttamente i dati.

ao) Cure palliative

AO.1
INADEMPIENTE
La Regione non risulta avere ottemperato ad alcuno degli adempimenti di cui alla sezione in oggetto, con la sola esclusione della presentazione del progetto inerente "Ospedale-Territorio senza dolore".
In particolare:
- non risulta formalmente istituita la rete assistenziale palliativa;
- non risulta garantito l'utilizzo sistematico degli strumenti di valutazione della qualità percepita come indicato nella carta dei servizi pubblici sanitari (DPCM 19 maggio 1995);
- la tabella degli indicatori relativi agli standard qualitativi, quantitativi e strutturali della rete assistenziale palliativa è lacunosa;
- non risulta formalmente istituita la rete di terapia del dolore.

Si prende atto delle dichiarazioni inerenti la prossima istituzione della rete di terapia del dolore.

AO.2
ADEMPIENTE
Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice")
si è riscontrata l'avvenuta trasmissione al NSIS dei dati del flusso informativo Hospice di cui al DM 6 giugno 2012 relativi al III trimestre 2013.

AO.3
INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR
La Regione non risulta avere ottemperato ad alcuno degli adempimenti evidenziati nella tabella relativa al percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia, riportata nel Questionario, né risulta avere trasmesso integrazioni documentali .
Pertanto, la Regione è considerata inadempiente con rinvio al Piano di rientro.

ap) Sanità penitenziaria

INADEMPIENTE
La Regione non ha sanato le inadempienze 2011 relative ai seguenti punti:
- stipula delle convenzioni sui locali per l'attività sanitaria
- mancata stipula degli accordi previsti dalle "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria".

Relativamente all'anno 2012 la Regione:
- non ha stipulato le convenzione per l'uso dei locali
- non ha formalmente individuato strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali
- non ha programmato e attivato all'interno di almeno uno degli Istituti penitenziari, una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale.

La Regione viene considerata pertanto inadempiente per gli anni 2011 e 2012.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

INADEMPIENTE

AS.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali.
La determinazione del Direttore Generale n. 133 del 10 giugno 2013 prevedeva tale monitoraggio attraverso la ASREM, tuttavia la Regione dichiara di non averlo effettuato.

AS.1.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici.
La Regione ha effettuato una ricognizione delle strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici.

AS.1.3 Iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari relative alle Raccomandazioni ministeriali.
La Regione ha attivato eventi per la formazione rivolte agli operatori sanitari.

AS.2 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria.
La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che tutte le 13 UO chirurgiche utilizzano la Checklist di chirurgia.

AS.3 Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES.
La Regione Molise ha trasmesso la Determinazione N. 128 DEL 29/05/2013 per la segnalazione degli eventi sentinella.
Successivamente viene trasmessa documentazione integrativa, che però non consente di ritenere la Regione adempiente.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

La Regione non ha trasmesso tutta la documentazione prevista dall'adempimento in oggetto, oltretutto non ha rispettato la tempistica prevista per la trasmissione (26/06/2013). Non è stato trasmesso l'atto formale di nomina del responsabile del coordinamento. Per talune azioni non è prevista una scadenza, ma viene riportata l'intera durata del piano. La relazione di accompagnamento, oltre a non rispettare il format previsto del Decreto del 1 marzo 2013 risulta non essere stata sottoscritta dai soggetti responsabili del PAC ma da soggetti responsabili del coordinamento.

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che nel proprio territorio non sono stati implementati CUP e dalla documentazione non si evince il percorso intrapreso dalla Regione. Successivamente tuttavia viene trasmessa la nota 14771/13 del 19 novembre 2013 con la quale sono stati forniti gli elementi di conoscenza richiesti.

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la salute mentale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, risulta che tutte le ASL hanno trasmesso informazioni al NSIS relativamente ai tracciati riferiti al flusso territoriale, tuttavia risulta incompleto l'invio dei tracciati riferiti al flusso

residenziale. La qualità dei contenuti informativi trasmessi risulta adeguata la Regione risulta pertanto adempiente con impegno a completare le informazioni mancanti.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE
La Regione dichiara di aver avviato il progetto tecnologico FSE attraverso l'integrazione dei software già in uso presso le diverse aree. In particolare il FSE è alimentato dalla Guardia medica, integrato con i dati dell'anagrafica regionale e permette ai medici di medicina generale di alimentare il patient summary. Per quanto riguarda l'integrazione con i software gestionali RIS, LIS e Pronto Soccorso è in fase avanzata l'attività di integrazione, che si concluderà entro settembre 2013. E' in corso l'attività di integrazione con i software gestionali degli specialisti ambulatoriali che permetterà l'avvio della sperimentazione entro dicembre 2013.

aae) Attività trasfusionale

INADEMPIENTE
AAE.1
La Regione ha dichiarato l'intenzione di avviare il processo di accreditamento dei servizi trasfusionali ma non è stata fornita l'evidenza delle iniziative concrete intraprese per la realizzazione del processo, da concludersi entro il 31 dicembre 2014.

AAE.2
Per quanto riguarda l'utilizzo dei fondi assegnati per l'istituzione e il funzionamento della Struttura Regionale di Coordinamento, la Regione dichiara di non aver adempiuto e non presenta alcuna documentazione al riguardo.
In relazione alle funzioni attribuite alla SRC ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011, la Regione ha presentato il piano sangue e plasma da cui si evincono le funzioni che saranno svolte dalla Struttura Regionale di Coordinamento.

AAE.3
L'accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sulle Linee guida di accreditamento non è stato recepito.
In relazione alla razionalizzazione delle attività, si fa riferimento al medesimo documento relativo al Piano sangue e plasma di cui al precedente punto.

aaf) Percorso nascita

INADEMPIENTE
AAF.1
La Regione ha inviato al Comitato Percorso Nascita Nazionale, a firma del dott. Falasca, Coordinatore Percorso Nascita dell'ASReM, la relazione richiesta circa lo stato di attuazione delle linee di indirizzo contenute nell'Accordo del 16 dicembre 2010 specificamente individuate dal Questionario LEA. La relazione è corredata da documentazione non esaustiva.

Dalla disamina della documentazione trasmessa, si evidenzia che la Regione, con Decreto Commissariale 23/2013, ha abolito il precedente Decreto Commissariale n. 106 del 22/12/2011 di Istituzione del Comitato Percorso Nascita regionale (CPNr), istituendo il Comitato Percorso Nascita aziendale, del quale non è stata tuttavia fornita la composizione. In relazione a ciò, si fa presente che i nominativi dei componenti devono essere trasmessi al Comitato Percorso Nascita Nazionale e che sarebbe utile che in detto Coordinamento siano presenti anche referenti della Regione, a garanzia della realizzazione, con opportuni atti deliberativi, di tutte le azioni finalizzate all'implementazione delle 10 linee di indirizzo contenute nell'Accordo del 2010.
Relativamente alla relazione inviata, quanto dichiarato in merito all'attuazione delle linee di indirizzo contenute nell'Accordo del 16-12-2010 specificamente individuate dal Questionario LEA, non è suffragato da alcun atto deliberativo che permetta di verificare quanto affermato, né è presente un cronoprogramma, peraltro richiesto nel Questionario LEA, che definisca la tempistica di attuazione delle azioni non ancora in essere.
Inoltre, in merito a STAM e STEN che, da quanto dichiarato nella relazione, sarebbero già attivi, ciò contrasta con la documentazione inviata riferita ad una fase ancora progettuale della rete assistenziale neonatale UTIN-STEN e STAM (progetto approvato dal Comitato percorso nascita ASReM) e con la dichiarazione contenuta nel Questionario LEA che riferisce il progetto attualmente al vaglio delle Società scientifiche di settore così come richiesto dall'Assessorato Politiche per la Salute.

AAF.2
la Regione non riferisce deroghe effettuate rispetto a punti nascita con standard inferiori a quelli definiti dall'Accordo del 2010.

Tenuto conto che mancano elementi utili a verificare la buona aderenza degli atti programmatori della Regione alle linee di indirizzo contenute nell'Accordo del 2010, la Regione viene considerata inadempiente.
Successivamente la Regione Molise ha integrato la documentazione precedentemente inviata con una relazione che riferisce la chiusura di 3 UO di ostetricia (Agnone, Venafro e Larino) che effettuavano un numero di parti < 500/anno e l'individuazione di 3 punti nascita di cui 1 di II Livello (con funzioni di coordinamento dello STAM) con UTIN che coordina lo STEN e 2 di I Livello. Inoltre, riferisce che i Consultori di Venafro, Agnone e Larino, sono, ad oggi, attivi e che il Punto Nascita di Campobasso, di II Livello è attivo.
Non è chiaro, tuttavia, la tempistica della riorganizzazione prevista, relativamente all'attivazione dei 2 punti nascita di I Livello e se siano attivi, così come previsto, i Consultori di Isernia, Campobasso, Termoli, tenuto conto che, secondo quanto relazionato dal Coordinatore percorso nascita aziendale questi non sono di fatto funzionanti, per carenza degli standard minimi previsti dall'Accordo del 16-12-2010.
Relativamente al progetto per l'attivazione di STAM/STEN, elaborato dall'Azienda Sanitaria Regionale per il Molise, la Regione ha chiarito che l'iter istituzionale di tale progetto è completato, avendo ricevuto il parere favorevole dei Dicasteri competenti e sarà oggetto di approvazione mediante apposito Decreto Commissariale da emanare entro l'anno 2014 e precisa che tale servizio è stato attivato, a livello regionale, in via sperimentale mediante finanziamento specifico.
Inoltre la Regione riferisce che la "partoanalgesia" non viene istituzionalmente praticata, a livello regionale, tranne che occasionalmente, su indicazione medica.
In merito all'implementazione delle linee guida relative alla gravidanza fisiologica ed al taglio cesareo elaborate da SNLG-ISS e all'implementazione della raccomandazione per la prevenzione della mortalità materna elaborata dal Ministero della salute, si riferisce che sono state adottate, ma non si forniscono ulteriori elementi di valutazione.

Infine, relativamente alla formazione degli operatori coinvolti nel percorso nascita, si dichiara che sono stati proposti modelli di formazione, ma non adottati.
Si prende atto che la Regione ha accolto il suggerimento di integrare il Comitato percorso nascita Aziendale con referenti regionali, si consiglia a tal riguardo di rendere pienamente operativa la condivisione tra i vari professionisti.
La Regione non riferisce la tempistica di attivazione degli altri punti nascita così come da riorganizzazione prevista, non chiarisce il punto relativo alla rete consultoriale e rispetto alle linee di attività contenute nell'Accordo del 2010, di cui si chiedeva conto nel Questionario, non fornisce elementi che permettano di valutarne l'implementazione.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

INADEMPIENTE

La Regione ha individuato la rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza. Ha identificato la rete dell'emergenza territoriale nelle sue articolazioni e le modalità di integrazione con la componente ospedaliera. La Regione informa che risultano attivate le reti delle patologie tempo-dipendenti, ma non fornisce l'indicazione degli atti formali istitutivi né l'articolazione organizzativa e le date di inizio della loro attività.
La documentazione integrativa inviata dalla Regione Molise nel mese di novembre 2013 non aggiunge ulteriori informazioni.

AAG.2

INADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato ma non per la completezza territoriale in riferimento al flusso "Pronto soccorso". Inoltre, relativamente alla qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS, si rileva per il Pronto soccorso una forte criticità nella valorizzazione.

AAG.3

INADEMPIENTE

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 22 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21) in peggioramento rispetto all'anno 2011, dove presentava un valore pari a 21.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

Relativamente alle forme associative dell'Assistenza Primaria la Regione fornisce il numero delle forme associative semplici (28), in rete (8) e di gruppo (11) presenti sull'intero territorio con l'indicazione del numero dei Medici in esse impegnati. Riguardo i modelli organizzativi per l'erogazione delle Cure Primarie, è stato attivato un Presidio Territoriale Assistenziale (PTA) nell'ambito del quale sono presenti il Punto unico di Accesso (PUA), la postazione di ascolto di continuità assistenziale (ex guardia medica), il poliambulatorio di continuità assistenziale H 12 con specialisti ambulatoriali dipendenti e convenzionati nonché il servizio di emergenza territoriale 118. La gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e la trasmissione telematica delle ricette mediche avviene per entrambe in misura del 60% mentre l'utilizzo di sistemi di comunicazione informatica (rete telematica e di teleconsulto e telemedicina) è contemplato al 100%. Per quanto concerne l'attivazione dei modelli organizzativi previsti dalla legge 189 (Decreto Balduzzi) quali le

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), la Regione ritiene utile attendere il rinnovo dell'Accordo Collettivo nazionale MMG per garantire tempi e modalità certi di attuazione della riforma anche alla luce della operatività, in itinere, del PSR.

aai) Riabilitazione

INADEMPIENTE

AAI.1

La Regione non trasmette la Relazione richiesta e non fornisce alcuna informazione circa gli interventi realizzati.

AAI.2

La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	18,5%	16,1%	18,8%	14,7%	15,7%	13,5%
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	11,6%	10,7%	10,4%	10,2%	8,4%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	6,2%	8,7%	11,9%	9,3%	6,5%	9,1%

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La Regione Molise risulta sufficiente per 4 item su 5.

Tra le criticità si segnala, in particolare, un punteggio inadeguato per gli indicatori di performance dovuti ad un livello di attività insoddisfacente per il controllo dell'anagrafe ovicaprina e per la % dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione.

Per i flussi informativi veterinari ha conseguito, un buon livello di adempienza (sufficiente con un punteggio pari al 71,5% e 5 indicatori vincolanti su 6), con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione. In proposito si segnala comunque un livello insufficiente sia per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili che per i controlli riguardanti le encefalopatie dei ruminanti nonché sull'anagrafe della popolazione suina e sulla malattia di Aujeszky. Si segnala inoltre la mancata trasmissione/assenza del Piano Regionale e per la ricerca degli OGM ed i relativi controlli oltre che la mancata trasmissione dei dati relativi alle somme percepite e ai costi sostenuti per l'attività di controllo ufficiale.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Con DGR 293/2013 la Regione recepisce le Linee guida nazionali per la dematerializzazione clinica in diagnostica per immagini di cui all'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 4 aprile 2012.

aal) altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

ADEMPIENTE

La Regione Molise ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare un andamento variabile dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR) nel corso degli ultimi 3 anni. Benché la Regione abbia ancora importanti margini di miglioramento nella regolazione della propria spesa farmaceutica rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 15,5% del FSR (17,21% nel 2012, rispetto alla somma dei tetti 13,1%+2,4%), ha fatto registrare ottimi risultati sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, nella quale la regione è riuscita a riportare la spesa all'interno del tetto del 13,1%, mentre la spesa farmaceutica ospedaliera rimane ancora molto elevata.

La riduzione, nel corso dell'ultimo anno, dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale e il rispetto del tetto del 13,1%, è dovuta principalmente alle numerose deliberazioni emanate dalla regione Molise di natura organizzativa del SSR; in aggiunta a ciò ci sono i risparmi derivanti dalla disciplina delle modalità di prescrizione e di erogazione dei medicinali in regime di convenzione attraverso l'individuazione di soglie prescrittive per le categorie di farmaci a maggior consumo e dall'assegnazione ai MMG di un budget annuale di spesa pro capite.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la regione Molise evidenzia un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR, nonostante i numerosi atti regionali con effetti organizzativi e di contenimento della spesa, emanati in questo ambito assistenziale. La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, aggiornato una sola volta all'interno del 2012, senza però trasmetterlo all'AIFA.

Infine, la Regione ha garantito un accesso parziale ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, limitando l'accesso al solo Gilenya®.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi ricadente nel periodo indicato.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del periodo indicato.

Piemonte

c) Obblighi informativi

Economici

INADEMPIENTE

Dalla verifica dei modelli economico-patrimoniali sono emerse numerose criticità.

Nel controllo del modello LA – CE sono emerse notevoli differenze sia a livello di singoli aggregati di costo, sia a livello di mobilità intra-regionale (allegato 2 del modello LA con le voci R del modello CE); nonostante la Regione abbia apportato delle rettifiche all'allegato 2, i conti non quadrano. Notevoli sono le differenze che si evincono in merito alla mobilità passiva intraregionale.

Nel controllo dei modelli CE-SP sussistono differenze per le voci fondamentali per le quali è richiesta, secondo i criteri del Comitato LEA, la quadratura al 100%; la Regione dichiara che garantirà la coerenza tra i bilanci adottati dalle aziende sanitarie ed i modelli inseriti nel sistema NSIS, ai sensi del D.lgs. 118/2011;.

Si richiama quanto emerso in sede di Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 23 luglio 2013, ovvero si richiede di adottare le iniziative volte al superamento dei differenziali di consolidamento. Inoltre si evidenzia un ulteriore disallineamento ascrivibile alle poste non R del CE pari a circa 17,970 €/mln. Emerge, infine, un differenziale di consolidamento pari a 2,210 €/mln nel modello SP. Relativamente a ciò la Regione dichiara che provvederà all'integrazione del piano dei conti aziendali per i bilanci 2013, base informativa sulla quale le Aziende rappresentano i bilanci per consentire la tracciabilità completa delle codifiche "R" di consolidamento. L'attività è inquadrata e prevista nel PAC è contenuta nella proposta regionale dei programmi operativi 2013-2015, oggetto di prossima deliberazione regionale.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La copertura dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sul flusso informativo SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera.

La qualità dei dati risulta buona ad esclusione dei flussi informativi STS11 e STS24 per i quali si segnala una forte criticità con riferimento ai dati delle strutture territoriali, in quanto anziché della corretta rilevazione nell'anagrafica STS11 secondo le diverse ed effettive localizzazioni fisiche delle strutture, risultano rilevate tre strutture fittizie, localizzate a Torino con indirizzo "Via della prova": una struttura (codice 080999) risulta denominata "STS integrazione attività semiresidenziale regionale" e due strutture (codici 081999 e 082999) risultano denominate "STS integrazione attività residenziale regionale".

Si evidenzia che tale modalità di rilevazione dei nodi della rete di offerta sanitaria territoriale, oltre a non essere coerente con quanto previsto dalla normativa dei flussi informativi (DM 5 dicembre 2006), non consente di rendere disponibile la corretta geolocalizzazione delle strutture sanitarie territoriali che compongono la rete di offerta della Regione Piemonte.

La Regione è considerata adempiente con impegno ad integrare la banca dati NSIS, eliminando le criticità nel flusso informativo SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera nonché effettuando la corretta rilevazione dei dati delle strutture territoriali, in conformità a quanto previsto dalla normativa dei flussi informativi STS11 e STS24 (DM 5 dicembre 2006).

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE
La regione Piemonte con un punteggio pari a 186 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia delle criticità per gli indicatori sulla copertura vaccinale per MPR e antinfluenzale negli anziani.

f) Assistenza ospedaliera

F.1
ADEMPIENTE
Dalla Base Dati Nazionale risulta che, a gennaio 2013, la Regione Piemonte ha una dotazione di 18.171 posti letto, pari a 4,15 per 1.000 abitanti, di cui 3,08 per pazienti acuti (13.474 posti letto) e 1,07 per riabilitazione e lungodegenza (4.697 posti letto). La Regione deve effettuare la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13 nella base dati 2013.
L'offerta dei posti letto regionali risulta in eccesso rispetto allo standard nazionale; la Regione ha pertanto trasmesso diversi provvedimenti volti a ricondurre le dotazioni entro lo standard di riferimento.
Per quanto su esposto si ritiene superata l'inadempienza relativamente all'anno 2011.

F.2
ADEMPIENTE
La Base Dati Nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012), un Tasso di Ospedalizzazione totale di 154,97 nel 2010, di 149,12 nel 2011 e di 145,7 nel 2012.
La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è lievemente eccedente il valore del 25% nei primi due anni del periodo di riferimento, con un differenziale in decremento di 2,5 nel 2010 (27,5%) e 1,6 (26.6%) nel 2011; risulta invece ricompresa entro il 25% nel 2012 (24,9%).
La Regione ha trasmesso la DGR 54-4257 del 30 luglio 2012, inerente il trasferimento al regime ordinario di alcuni DRG chirurgici.

g) Appropriatezza

A soli fini informativi, la Regione si colloca in una situazione critica per i DRG 060 Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni, 245 Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC. Il 3,7% dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza.

h) Liste d'attesa

INADEMPIENTE
H.1 Monitoraggio ex post
La Regione risulta svolgere attività di monitoraggio ex post; dai dati presenti nel NSIS si evidenzia che i seguenti campi hanno una copertura al di sotto della soglia prevista:

Campo Classe Priorità della prestazione → 70,81% (I semestre) → 69,10% (II semestre)
Campo Data prenotazione prestazione → 70,81% (I semestre) → 69,10% (II semestre)
Campo Garanzia tempi di attesa → 25,72% (I semestre) →69,04% (II semestre)
Campo Prestazioni in primo accesso →36,57% (I semestre) → 69,06% (II semestre)
Campo Struttura sanitaria erogatrice → 68,85% (I semestre) → 78,61% (II semestre).

Non è possibile calcolare l'indicatore dei Tempi di Attesa, previsto solo per le Regioni per le quali risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.

Si fa presente che permane la criticità per il monitoraggio ex post rilevata nella verifica 2011, dove la Regione risultava adempiente con impegno a inviare le motivazioni circa la non piena valorizzazione dei campi.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto il monitoraggio ex ante nel corso dell'anno 2012. I dati pervenuti riguardano la rilevazione aprile 2012 e la rilevazione ottobre 2012. Le soglie di garanzia risultano essere:

% di garanzia Classe B Aprile 72,62%
% di garanzia Classe D Aprile 71,21%
% di garanzia Classe B Ottobre 60,08%
% di garanzia Classe D Ottobre 68,31%

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Risulta che 3 valori sono al di sopra della soglia prevista del 90%.

Campo Data Prenotazione:

- Regime ordinario. Campi compilati correttamente 92,47%.
- Regime DH. Campi compilati correttamente 87,49 %

Campo Classe di priorità:

- Regime ordinario. Campi compilati correttamente 93,41%
- Regime DH. Campi compilati correttamente 100,00%

H.4 Monitoraggio delle sospensioni

La Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni. La Regione dichiara che con Determinazione Dirigenziale n. 101 del 24 aprile 2007 ha definito principi e modalità operative relativamente alla sospensione dell'attività di erogazione e/o prenotazione delle prestazioni. Inoltre viene dichiarato che tali indicazioni sono state confermate anche all'atto dell'approvazione del Piano regionale di governo delle liste d'attesa in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2010-2012 (DGR 2-2481 del 29 luglio 2011), ma non risultano interventi specifici per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.

H.5 Monitoraggio PDT complessi

Dall'esame dei dati pervenuti risulta che il monitoraggio viene effettuato.

Alla luce di quanto sopra esposto, è stato richiesto alla Regione di fornire quanto sotto elencato.

- H1 (Monitoraggio ex post): le motivazioni della non corretta valorizzazione dei Campi: Classe di priorità, Data prenotazione, Garanzia dei tempi di attesa, Prestazioni in primo accesso, Struttura sanitaria erogatrice e di avviare apposite iniziative.
- H2 (Monitoraggio ex ante): le motivazioni dei valori sotto la soglia prevista per il monitoraggio ex ante e di avviare apposite iniziative.
- H4 (Monitoraggi sospensioni): gli indirizzi circa gli interventi da attuare per sopperire ai disagi causati dalle sospensioni.

La Regione ha trasmesso documentazione integrativa nella quale dichiara che sta provvedendo a meglio definire la discordanza tra invio al Ministero dei dati e raccolta regionale; a tal fine sta concordando con SOGEI l'attività di recupero di informazioni richieste.

Inoltre dichiara che intraprenderà una serie di iniziative volte a garantire l'appropriatezza prescrittiva tramite l'attuazione completa del sistema RAO che assicurerebbe l'attribuzione corretta ai pazienti dei criteri di priorità di accesso alle prestazioni che devono effettuare.

Vengono previste una serie di attività che interessano la specialistica ambulatoriale e l'estensione dei CUP aziendali delle ASL ai centri accreditati in modo tale che diverrebbero in maniera tangibile uno strumento di supporto all'attività pubblica. Rimangono invece ancora non ben esplicitati quali interventi la Regione metta in atto per sopperire ai disagi in seguito alle sospensioni.

Pur apprezzando l'impegno nell'intraprendere una serie di iniziative che sicuramente miglioreranno la gestione delle liste di attesa, si considera la Regione ancora inadempiente e si rimane in attesa delle risultanze dell'attività di recupero dei dati con SOGEI e di conoscere le attività che metterà in atto in maniera vincolante per i punti di erogazione al fine di sopperire ai disagi in seguito alle sospensioni.

I) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

La Regione ha evidenziato nel 2012 una spesa farmaceutica territoriale di 892,9 milioni di Euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 13,1% del Fabbisogno sanitario regionale del -2,02% (-162,7 milioni di Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2012 risulta superiore rispetto a quella inizialmente prevista dall'AIFA ai sensi dell'art.5, comma 4, della L.222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 451,6 milioni di Euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno sanitario regionale del 3,20% (+258,2 milioni di Euro).

La Regione Piemonte evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 95,5 milioni di Euro.

La Regione, pur rispettando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, evidenza il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.

Pertanto, si rinvia alla valutazione congiunta Tavolo adempimenti-Comitato Lea, al fine di verificare la compensazione dei disavanzi della spesa farmaceutica con altre voci di spesa del Servizio sanitario regionale, o di altre voci del bilancio regionale.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: PIEMONTE			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	672.911.836,33	8,35%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	11.461.666,00	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	22.355.445,00	0,28%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	369.457,00	0,00%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	178.326.468,00	2,21%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	75.815.317,00	0,94%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	16.158.562,00	0,20%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	59.656.755,00	0,74%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**892.867.053,33**	**11,08%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	8.058.155.036,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	1.055.618.309,72	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-162.751.256,39	-2,02%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	864.511.307,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	639.060.000,00	7,93%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	6.441.668,00	0,08%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	737.392,00	0,0092%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	1.988.448,00	0,02%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**451.566.024,00**	**5,60%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	8.058.155.036,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	193.395.720,86	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	258.170.303,14	3,20%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE

La Regione effettua la trasmissione e la validazione a livello regionale di tutti i flussi ad eccezione dei dati relativi alla Farmaceutica convenzionata art. 50 e dei dati relativi al Conto Annuale (direttamente trasmessi e validati dalle aziende).

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Regione dichiara di aver raggiunto a livello aziendale gli obiettivi previsti per la contabilità economica, trasmettendo inoltre una relazione illustrativa in cui viene descritto lo stato di implementazione della contabilità analitica già in essere dal 2009, anno in cui è stata effettuata una verifica sullo stato di attuazione della stessa mediante questionari inviati alle aziende, con un'analisi

retrospettiva dei dati di attività e dei costi. Nel triennio 2013-2015 si procederà alla valutazione dei sistemi di rappresentazione di contabilità direzionale rivolta alla Regione e ad uso aziendale. Per quanto riguarda i singoli obiettivi si può affermare quanto segue:

- per il punto A1, il piano dei centri di costo dell'azienda sanitaria nella Regione ne rispecchia la struttura organizzativa e consente la valutazione da parte delle Direzioni Generali del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai responsabili di struttura complessa e semplice a valenza dipartimentale;
- per il punto A2, a seguito del DM 15 giugno 2012, in base al quale sono stati modificati i modelli economico-patrimoniali, è avvenuto il cambiamento del piano dei centri di costo a livello di singola azienda, coerentemente con la struttura organizzativa e con gli elementi definiti dalla Regione. Sono in corso le verifiche da parte della Regione della corretta utilizzazione di tali conti e della coerenza tra contabilità analitica e generale.
- per il punto A3, la Regione nel triennio 2013-2015 provvederà a rimodulare gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie e a verificare le azioni gradualmente poste in essere, al fine di rispondere adeguatamente agli obblighi previsti nell'ambito degli adempimenti Lea. A tal proposito è stata fissata la data del 31/12/2013 per la verifica dello stato di utilizzo della contabilità analitica in maniera efficiente con l'ausilio di indicatori.
- per quanto riguarda la coerenza interna del modello LA, l'obiettivo è quello di ottenere un modello omogeneo con i flussi e con dati confrontabili tra le aziende della Regione, come richiesto dalla normativa nazionale e dalle Legge Regionale 8/95. Sarà possibile realizzare tutto ciò con "Piani di attività" in base ai quali prima si procede alla creazione di modelli regionali e nazionali poi utilizzando i flussi regionali del bilancio e dei piani di attività.

La Regione viene considerata inadempiente con rinvio al PdR in attesa di verificare lo stato di implementazione della contabilità analitica regionale nell'anno di verifica 2013.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione con DGR 3711 del 27 aprile 2012, a cui sono allegati i contratti tipo dei Direttori Generali, risulta essere adempiente ai sensi dell'art. 3 comma 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005.

p) Dispositivi medici

P.1

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

P.2-P.3

La Regione risulta essere stata sempre presente alle riunioni del Gruppo di Lavoro Nazionale (6/6) costituito ai fini dell'implementazione del corretto avvio dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici; ha condiviso le "Linee Guida per il tracciato Unità di misura" e le "Linee Guida per il tracciato Contratti".

Le attività finalizzate alla diffusione delle informazioni relative agli artt. 5 e 6 del Decreto del Ministero della salute 21 dicembre 2009, e più in generale di tutto il sistema Banca Dati e Repertorio agli operatori delle strutture sanitarie del territorio di competenza, non risultano particolarmente seguite. Si auspica che tali attività vengano incrementate al fine di migliorare le capacità delle singole strutture del territorio di competenza.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Il punteggio totale riportato dalla Regione è di **20** punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale del disabile: 1 punto
Offerta assistenziale: 9 punti
Ripartizione degli oneri: 6 punti
Fornitura dati posti letto: 4 punti

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad adeguare le quote di compartecipazione alla previsione del DPCM e a risolvere la situazione dei gruppi appartamento per pazienti psichiatrici non accreditati.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza domiciliare relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la copertura territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che non sono stati adottati provvedimenti, che modificano l'adempimento previsto dall'articolo 4, comma 1 , lettera d dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.

Pur allegando la deliberazione della Giunta Regionale 7 febbraio 2006, n. 44-2139, la Regione Piemonte risulta essere adempiente in base alla Deliberazione della Giunta Regionale 19 giugno 2000, n. 34–251, in cui è stato previsto nella determinazione delle prestazioni di lungodegenza postacuzie, un abbattimento del 40% nei casi in cui il tempo di degenza, presso il reparto, fosse superiore ai sessanta giorni prevedendo un prolungamento della degenza oltre i sessanta giorni, per quei pazienti che si trovino in critiche condizioni di salute, in quanto portatori di particolari casi clinici, con un riconoscimento di quota intera, nei reparti di lungodegenza (codice 60), sempreché venga utilizzata la procedura ex DGR 70 - 1459 del 18/09/1995, di cui all'Allegato B.

u) Piano nazionale della prevenzione

INADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento risulta pari a 55 ovvero inferiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.

- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: INADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: INADEMPIENTE
- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza: INADEMPIENTE

- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: ADEMPIENTE
  La Direzione Sanità ha avviato il programma di revisione del "sistema informativo SPreSAL", finalizzato al suo adeguamento alle correnti esigenze informative dei Servizi interessati, all'omogeneizzazione delle procedure ed ad un rapido scambio di informazioni, nonché alla sua integrazione col programma SIRSE (Sistema Integrato Regionale di Sanità Elettronica), il cui obiettivo è quello di informatizzare ed integrare i macro processi della sanità regionale per realizzare un modello di "sanità in rete". E' stata avviata la fase di sperimentazione del nuovo sistema informativo SPreSAL affidata ad alcune ASL, alle quali è stato richiesto di utilizzare l'applicativo "SPreSALWeb" in tutte le sue parti per lo svolgimento quotidiano delle proprie attività, al fine di apportare le necessarie modifiche al sistema per la sua ottimizzazione. Entro la fine del 2013 è prevista l'entrata in regime del sistema per tutti gli SPreSAL delle ASL piemontesi. A seguito delle azioni che hanno consentito un miglior utilizzo delle risorse umane disponibili nell'anno 2012 è stato raggiunto in Piemonte l'obiettivo nazionale dell'indice di copertura del 5% delle unità controllate, con una performance pari al 5,17%, superiore rispetto a quella raggiunta nel 2011 nonostante la grave criticità dei Servizi legata alla carenza di risorse.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE
Ad una prima valutazione, la documentazione fornita dalla Regione, risultava carente sui seguenti aspetti:

- Piano formativo aziendale: la Regione deve indicare gli obiettivi di interesse regionale individuati tenendo conto del Piano sanitario regionale;
- Credenziali di accesso alla piattaforma informatica: a tal proposito si segnala che le credenziali di accesso fornite dalla Regione non sono valide.
- Manuale di accreditamento dei provider regionali;
- Provvedimento di costituzione dell'Osservatorio regionale e nomina dei componenti.

La Regione ha integrato la documentazione richiesta, rispondendo a tutti i punti del Questionario. Nello specifico, con riferimento al punto "Manuale di accreditamento provider", la Regione ha inviato il manuale e gli allegati relativi ai criteri standard e di qualità per l'accreditamento provider, criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM, e l'allegato relativo alla pubblicità, conflitto di interesse, sponsorizzazioni, violazioni e sanzioni.
Preso atto che il su indicato manuale con i relativi allegati è stato inviato, come stabilito dall'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012, alla Sezione I "Criteri e procedure di accreditamento dei provider pubblici e privati" della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, nella quale opera il Comitato Tecnico delle Regioni, si considera la regione Piemonte adempiente per l'anno 2012.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE

X.1 Formalizzazione di una metodologia/procedura per il monitoraggio, nelle aziende sanitarie ed ospedaliere, dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale.

La Regione Piemonte dichiara di aver formalizzato, con la Deliberazione n.60 del 28/01/2013, l'istituzione del Registro permanente FAST STEMI relativo al percorso per i pazienti con infarto miocardico acuto. Niente aggiunge riguardo l'attività del 2012 condotta in merito al monitoraggio dei PDT adottati.

X.2 Monitoraggio dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale nell'anno 2012.

La Regione dichiara che a livello sperimentale sta conducendo in tutte le cardiologie regionali il monitoraggio relativo all'infarto miocardico acuto, ma non specifica l'inizio di tale attività.

X.3 Esistenza a livello regionale di una funzione (ufficio/servizio/gruppo di lavoro) che svolge regolarmente la raccolta e l'analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.

La Regione dichiara di aver istituito, con Determina Dirigenziale n. 463 del 22/06/2011, il Gruppo Tecnico regionale per il monitoraggio del percorso per i pazienti con infarto miocardico acuto con la finalità di supportare la rete della emergenza coronarica.

La documentazione integrativa trasmessa evidenzia che la Regione provvede al monitoraggio del percorso per i pazienti con infarto miocardico acuto inserito nella rete interospedaliera per l'emergenza coronarica attiva su tutto il territorio regionale.

y) LEA aggiuntivi

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR (*)

La Regione compila il Questionario solo relativamente all'Assistenza farmaceutica dichiarando di garantire farmaci di fascia C ai soggetti affetti da malattie rare (DGR 5-5740 del 23 aprile 2007), ipogonadismo (DGR 13-8134 del 4 febbraio 2008) e detenuti.

Nell'anno 2011 la Regione garantiva livelli ulteriori di assistenza in quasi tutti i settori (protesica, integrativa, contributi economici, esenzioni, prestazioni per gli invalidi di guerra, assistenza a bambini stranieri, riabilitazione ambulatoriale, ecc.) per un costo pari a 95.493.100 Euro (bilancio regionale 2011 capitolo 161632).

La Regione non trasmette il provvedimento ricognitivo previsto dal Patto per la salute.

Si evidenzia che con sentenza n. 104 del 22 maggio 2013 la Corte Costituzionale ha rilevato il contrasto dell'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai Lea nelle Regioni in Piano di Rientro con gli obiettivi di risanamento del piano, in quanto viola il principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria quale principio di coordinamento della finanza pubblica.

E' stato chiesto alla Regione di chiarire se e con quali atti ha soppresso l'erogazione delle prestazioni erogate e dichiarate nel 2011. In risposta la Regione ha trasmesso la determina dirigenziale n. 933 del 19 novembre 2013, con la quale:

- si dà atto che è in fase di attuazione il cronoprogramma regionale, da adottarsi entro e non oltre il 31 dicembre 2013, finalizzato alla eliminazione dell'erogazione di prestazioni extra-lea a decorrere dall'anno 2014
- si trasmette un nuovo prospetto con l'indicazione di tutte le prestazioni ulteriori erogate e dei consumi ad esse relativi, pari per il 2012 ad € 107.795.000,00
- si dà atto che i livelli ulteriori garantiti hanno trovato copertura finanziaria nel bilancio regionale.

Le prestazioni che risultano garantite attengono, oltre che alla assistenza farmaceutica, a:

- assistenza specialistica: alcune prestazioni indicate nell'allegato 2A al DPCM 29 novembre 2001
- assistenza protesica
- assistenza integrativa
- assistenza economica: erogazione di un contributo economico di importo commisurato al 50% del valore corrispondente alla prestazione di assistenza tutelare definita nel progetto individuale di lungo-assistenza, finalizzato a garantire la permanenza dell'utente non autosufficiente al proprio domicilio
- prestazioni non sanitarie agli invalidi di guerra
- assistenza riabilitativa: assistenza residenziale psichiatrica e HIV al 100% FSR, anziani RSA 54% FSR
- esenzioni: integrazione del DM n. 279/01

La Regione viene considerata inadempiente con rinvio al Piano di rientro per la soppressione delle prestazioni extra Lea a decorrere dal 2014.

(*) Alla luce di quanto emerso in corso della riunione di verifica del Piano di rientro del 17 aprile 2014, la Regione Piemonte viene considerata ADEMPIENTE CON IMPEGNO**.**

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE

La Regione non ha sottoscritto un accordo integrativo a quello siglato nel 2000, tuttavia ha presentato nell'anno 2012 la nuova proposta di accordo di programma per il settore degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie.

Nell'ambito della nuova proposta la Regione ha esposto lo stato di fatto dell'offerta strutturale di tecnologie e, nella descrizione delle strategie per riqualificare l'offerta assistenziale, ha inteso promuovere l'innovazione tecnologica a supporto della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, con particolare riguardo a quella ospedaliera. La Regione ha rispettato lo standard previsto.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di non aver completato l'iter per le strutture sanitarie perché una struttura privata ha intrapreso lavori di ristrutturazione e di adeguamento importanti, confermando per le vie brevi che l'unica pendenza riguarda tale struttura; dichiara invece di aver concluso l'iter per le strutture socio sanitarie.

La Regione ha trasmesso la documentazione richiesta, relativa all'esito finale per la Casa di Cura in valutazione.

aj) Sperimentazioni gestionali

ADEMPIENTE

La Regione ha compilato la scheda riportata nel Questionario indicando sia la normativa regionale emanata, in materia di sperimentazioni ed innovazioni gestionali, nel corso del 2012 (L.R. n. 1 del 31 gennaio 2012) sia lo stato dell'arte delle due sperimentazioni gestionali presenti in Regione al 31 dicembre 2012: la sperimentazione del Centro Ortopedico di Quadrante (COQ) di Omegna e la sperimentazione della Società Assistenza Acuzie e PostAcuzie (SAAPA) di Settimo Torinese.

Al 31 dicembre 2012 la sperimentazione COQ risulta conclusa e, per tale sperimentazione, la Regione ha indicato ed allegato la delibera di trasformazione in gestione ordinaria (DGR 69-5191 del 28 dicembre 2012); con riferimento alla sperimentazione SAAPA, risultante al 31 dicembre 2012 in corso, la Regione ha allegato la relazione annuale di verifica.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

ADEMPIENTE
La Regione ha indicato ed allegato la normativa sulla riorganizzazione della rete laboratoristica.
Inoltre ha allegato il Regolamento regionale n. 1 del 09/01/1997 in cui sono contenute indicazioni sulla regolamentazione del service. Ha, inoltre, risposto a tutti i quesiti relativi alla medicina di laboratorio.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE
La Regione Piemonte ha trasmesso al Ministero della salute il report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche in cui specifica che l'attività di controllo sulle cartelle è regolamentata dalla DGR del 5 settembre 2011 n.19-2561. Nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 (Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 72.017 controlli, pari al 12,4% del totale mentre effettua per le strutture private accreditate 9.758 controlli, pari al 11,8%; a tal proposito si ricorda che ai sensi del DM del 10 dicembre 2009 il controllo analitico casuale del 10% delle cartelle cliniche deve essere assicurato per ciascun soggetto erogatore.
In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) la Regione sia per le strutture pubbliche che per le strutture private assicura una percentuale di controlli superiore alla soglia del 2,5% sulla totalità delle cartelle cliniche.
Per quanto riguarda i risultati dei controlli, la Regione evidenzia che sono state corrette il 24,8% di SDO nelle strutture pubbliche e il 21,7% nelle private e che è ancora in corso di verifica il caricamento informatico dei dati in seguito alle verifiche effettuate e al reinvio da parte di alcune strutture; dunque non risulta ancora possibile definirne l'esito.
La Regione, inoltre, precisa che devono essere controllati i verbali delle verifiche a cura della commissione tecnica e definiti alcuni quesiti posti dagli organismi di vigilanza e annullati i valori dei ricoveri per i quali non è stata prodotta la documentazione necessaria al loro riconoscimento tariffario.
In risposta alla richiesta di chiarimenti circa il comportamento della Regione in merito agli innalzamenti dei valori tariffari identificati durante i controlli sulle cartelle cliniche, la Regione ha trasmesso le integrazioni richieste relative ai risultati sui controlli dell'attività ospedaliera 2012, precisando che l'attività di controllo ispettivo presso le strutture pubbliche non è ancora terminato e pertanto non è possibile produrre un resoconto definitivo circa gli abbattimenti che saranno operati nel riconoscimento tariffario definitivo e che comunque incide per valori non molto elevati.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione ha certificato il dato della spesa protesica anno 2011, giustificando i motivi della non coerenza con i dati del modello LA.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

Dall'esame della documentazione pervenuta si valuta positivamente l'azione regionale tesa al consolidamento delle reti di cure palliative e di terapia del dolore e al miglioramento della qualità dei dati nella tabella degli indicatori. Nonostante si riscontri il mancato puntuale raggiungimento di tutti gli indicatori prefissati per l'anno 2012, si certifica positivamente in relazione al percorso virtuoso intrapreso dalla regione sul tema delle cure palliative.

AO.2

ADEMPIENTE

Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice") la Regione non ha inviato un Piano di adeguamento ma ha inviato i dati del III e IV trimestre 2012 e del I e II trimestre 2013.

AO.3

ADEMPIENTE

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

E' stato dimesso circa il 50% di pazienti giudicati dimissibili.

La Regione dichiara che è stato stilato un Protocollo Operativo per la presa in carico del minore sottoposto a procedimento penale. Il documento è stato condiviso con il Gruppo Regionale sulla Sanità Penitenziaria Minorile, recepito dall'Assessorato alla Sanità e trasmesso alle AA.SS.LL. per la sottoscrizione.

La Regione ha attivato la sezione intramuraria per l'assistenza psichiatrica.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

Relativamente al Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali la Regione ha inviato una nota del 2012 con cui recepisce le Raccomandazioni del Ministero della salute e documentazione relativa alle azioni di monitoraggio che la Regione ha attuato al fine di verificare l'implementazione delle stesse.

Per la Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici la Regione ha effettuato una ricognizione da cui risulta che 15 farmacie allestiscono per 25 ospedali; l'allestimento in reparto è effettuato in 23 ospedali.

Riguardo alle iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari relative alle Raccomandazioni ministeriali, la Regione ha indicato 2 eventi svolti nel 2012 per la formazione agli operatori sanitari.

Circa il Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria la Regione ha inviato documentazione sul punto.

Per quanto riguarda il Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES, con la determinazione 208 del 2010 la Regione definisce le modalità per la segnalazione degli eventi sentinella.

at) Attuazione dell'art.11 dell'Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

La Regione ha trasmesso la documentazione prevista dall'adempimento. Si segnala che le aziende sanitarie della Regione sono raggruppate in un'unica colonna denominata "Aziende del SSR". Non sono state indicate le scadenze per tutte le azioni e mancano le scadenze per la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA).
Si sottolinea che la Regione non identifica ulteriori soggetti responsabili del PAC, ma segnala che il responsabile del coordinamento sarà supportato da un'apposita struttura regionale.

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE
La Regione fornisce nel Questionario Lea gli elementi di conoscenza richiesti.

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Salute mentale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS relativamente al territoriale. Per quanto riguarda il residenziale invece risultano mancanti i dati di alcune Asl; la Regione, pertanto, risulta adempiente con impegno a completare i dati mancanti.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Dipendenze relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la regione è adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che il Sistema FSE piemontese è unico ed è costituito da una serie di componenti informatiche centralizzate che, unitamente ai relativi servizi di cooperazione applicativa per l'interscambio informativo con i sistemi informativi aziendali, sono state implementate e sperimentate nel corso del biennio 2011-2012. La Regione dichiara inoltre che allo stato non vi è alcuna copertura territoriale, in quanto il FSE piemontese non è ancora entrato in esercizio, ancorché le componenti informatiche che lo costituiscono siano già disponibili, unitamente a diverse sue integrazioni con sistemi informativi aziendali.
La Regione, infatti, sta progettando l'avvio "pilota" del Fascicolo Sanitario Elettronico, presso un'area sovra-zonale in corso di puntuale identificazione, previsto per l'ultimo trimestre del 2013. Le risultanze di questa fase pilota consentiranno alla Regione Piemonte di acquisire gli elementi necessari per organizzare al meglio la successiva fase di estensione del FSE sull'intero territorio regionale.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE
AAE.1
La Regione ha effettuato la ricognizione dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta propedeutica alle visite di verifica dell'applicazione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e

tecnologici. Non sono ancora state avviate le visite di verifica anche se è in fase di ultimazione il provvedimento che disciplina nel dettaglio l'iter per il rilascio dell'accreditamento prevedendo di iniziare le visite a settembre 2013. La composizione dei team di verifica è stata delineata nella DGR 31-4610 del 24 dicembre 2012 che dettagliava altresì in apposita check-list i requisiti per l'accreditamento di SIMT e Udr, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.

AAE.2
La Regione ha utilizzato i fondi assegnati per l'istituzione e il funzionamento della SRC e attribuito formalmente alle stesse le funzioni.

AAE.3
E' stato recepito l'Accordo sulle linee guida di accreditamento; la Regione ha poi evidenziato le azioni intraprese nel percorso della riorganizzazione della rete trasfusionale.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione ha inviato al Comitato Percorso Nascita Nazionale la relazione richiesta circa lo stato di attuazione delle linee di indirizzo dell'Accordo del 16 dicembre 2010 specificamente individuate dal Questionario LEA.
La relazione specifica che, a regime, saranno presenti 24 Punti Nascita di cui 7 di II livello e 17 di I livello e che tra giugno 2013 e giugno 2014 si procederà alla disattivazione di 8 PN che hanno un numero di parti < 500/anno, inoltre i PN di Tortona e Novi Ligure saranno accorpati presso il PO di Novi Ligure. Relativamente a due degli 8 PN da disattivare, per il PN di Borgosesia, la Regione dichiara che si riserverà di valutare l'andamento del numero di parti, senza precisare la durata di tale valutazione, né la presenza in questa struttura di standard e requisiti così come previsti dall'Accordo del 2010. Per il punto nascita di Susa, la Regione dichiara di dover accertare se è possibile garantire un'assistenza sanitaria adeguata mediante la STAM.
Relativamente al Sistema di Trasporto in Emergenza del Neonato (STEN), la Regione dichiara che è stato riorganizzato con DGR 3-6466/2007, mentre rimanda alla riunione del 17 luglio 2013 la definizione di un protocollo su STAM.
Si prende atto che la Regione ha elaborato, relativamente all'integrazione ospedale-territorio, il protocollo per i corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione con i punti nascita, ha effettuato l'aggiornamento del protocollo del profilo assistenziale per il monitoraggio della gravidanza fisiologica.
In merito all'implementazione delle Linee guida su gravidanza fisiologica e taglio cesareo elaborate dall'ISS e della Raccomandazione sulla morte materna elaborata dal Ministero, la Regione dà atto esclusivamente dell'istituzione di una Commissione per la valutazione della corretta codifica delle SDO con DRG corrispondente a parto cesareo e monitoraggio delle attività di ricovero, ma non relaziona in merito ad eventuali ulteriori attività di implementazione dei suddetti documenti ad eccezione della revisione dell'Agenda della Gravidanza.
Circa l'implementazione delle procedure di controllo del dolore nel travaglio e parto, la Regione dichiara di avere in istruttoria il documento sulla partoanalgesia, ma non definisce la tempistica di realizzazione di questo specifico punto dell'Accordo.
Infine la Regione dichiara che non sono previsti corsi di formazione regionale sullo specifico argomento.

AAF.2
La Regione dichiara di non aver effettuato deroghe rispetto a quanto contenuto nell'Accordo 16-12-2010.

La Regione dovrà precisare la durata della valutazione relativa all'andamento del numero di parti del PN di Borgosesia e se, nella fase di valutazione, vengano garantiti i requisiti previsti dall'Accordo del 2010.
La Regione è pertanto adempiente con impegno a:

- specificare se, nelle more della valutazione sulla possibilità di garantire assistenza mediante STAM nel punto nascita di Susa, vengano garantiti i requisiti previsti dall'Accordo del 16 dicembre 2010;
- inviare gli esiti della definizione del protocollo STAM e il relativo crono programma;
- fornire informazioni in merito ad eventuali ulteriori attività di implementazione delle Linee guida su gravidanza fisiologica e taglio cesareo elaborate dall'ISS e della Raccomandazione sulla morte materna elaborata dal Ministero;
- fornire informazioni in merito alla tempistica di realizzazione della partoanalgesia nei PN;
- programmare e realizzare, così come previsto dall'Accordo, corsi di formazione specifici per tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso nascita e darne comunicazione al Ministero.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1
ADEMPIENTE
La Regione ha individuato in maniera dettagliata tutta la rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza. Ha identificato la rete dell'emergenza territoriale nelle sue articolazioni e le modalità di integrazione con la componente ospedaliera. Sono state realizzate le previste riduzioni del numero delle CO 118 (da 8 a 4) a valenza sovra-provinciale e non si prevedono ulteriori modifiche. Ha individuato ed attivato le reti dei percorsi per le patologie tempo dipendenti, anche se non sono riportati in dettaglio gli atti formali istitutivi per ogni singola rete.
La Regione viene considerata adempiente con impegno a fornire i riferimenti agli atti istitutivi delle reti per le patologie tempo dipendenti.

AAG.2
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la qualità dei contenuti informativi e per la completezza territoriale.

AAG.3
ADEMPIENTE
La Regione presenta un valore dell'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" pari a 17 (valore normale <=18; scostamento minimo accoglibile 19-21), in diminuzione rispetto all'anno 2011, nel quale il valore era pari a 19.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE
La Regione fornisce una descrizione delle forme associative della Medicina Generale attive al 31 dicembre 2012, che mostra la tendenza alla contrazione dell'associazionismo semplice in favore delle forme più evolute (di gruppo e in rete). Infatti circa il 34% dei MMG opera in medicina in rete e il 30% opera in medicina di gruppo. Precisa inoltre che le funzioni attribuite alle equipe territoriali attivate in ciascuno dei 60 Distretti sanitari esistenti sul territorio regionale con il coinvolgimento dei MMG/PLS sono in parte assimilabili alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Relativamente ai modelli organizzativi delle Cure Primarie è stata avviata (con DGR 26-3627 del 28 marzo 2012) la sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP) quale modello assimilabile all'Unità

Complessa di Cure Primarie (UCCP). Per tali strutture la Regione fornisce le indicazioni sui principali servizi in esse presenti ed il numero dei medici convenzionati che ne prendono parte (MMG, PLS, MSA). Relativamente all'utilizzo dei mezzi informatici la Regione fornisce i dati sulla gestione della scheda sanitaria su supporto informatico da parte dei MMG/PLS che risulta essere vicina al 100%. Prevede inoltre l'avvio della sperimentazione del progetto Ricetta elettronica dematerializzata (2013) e l'utilizzo di una rete telematica da parte di tutti i MMG.

aai) Riabilitazione

AAI.1

ADEMPIENTE

In merito ai singoli punti oggetto di valutazione, riportati nelle Note di compilazione del Questionario, si evidenzia quanto segue.

a) La regione nel recepire il Piano ha tenuto conto dei criteri e degli indirizzi già formulati ed ha costituito uno specifico GdL per lo sviluppo e il miglioramento dello stato di attuazione dei provvedimenti adottati. Sono stati emanati indirizzi nei confronti delle Aziende per la formazione e la gestione dei piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario nonché di riordino dei rapporti con i soggetti erogatori. Sono abitualmente coinvolti nel percorso di comunicazione medici prescrittori, medici specialisti e personale tecnico delle equipe riabilitative.
b) La rete delle strutture che erogano attività di riabilitazione è in linea con gli indirizzi regionali ed il monitoraggio/verifica è realizzato attraverso i controlli "in loco" (commissioni di vigilanza) e commissione regionale SDO istituita ai sensi di legge.
c) Il Pri elaborato dal fisiatra è lo strumento di base essenziale per accedere ai percorsi riabilitativi e costituisce pregiudiziale per il riconoscimento economico delle attività riabilitative effettuate.
d) Tutti i soggetti sanitari eroganti attività di riabilitazione sul territorio piemontese sono "obbligati" ad elaborare il Pri.
e) E' in fase di realizzazione il collegamento informatico che permette di far lavorare "in rete" i vari soggetti che intervengono nel percorso riabilitativo.

AAI.2

La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	10,9%	16,1%	9,9%	14,7%	9,9%	13,5%
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	5,5%	10,7%	4,7%	10,2%	6,0%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	10,1%	8,7%	9,9%	9,3%	9,9%	9,1%

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE
La Regione Piemonte risulta sufficiente per 4 item su 5.
Per gli indicatori di performance tra le criticità si segnala un livello di attività insoddisfacente per la percentuale dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione (61,6%).
Per i flussi informativi veterinari risulta sufficiente (con punteggio pari al 94,5% e 5 indicatori vincolanti su 6), con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione. In proposito si segnala un livello insufficiente sia per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili che per i controlli riguardanti le Salmonellosi zoonotiche.
Riguardo la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali non è stato documentato l'avvio della proceduralizzazione della verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali, prevista con nota DGSAF n. 15372 del 16 agosto 2012 in attuazione dell'art 8 (3) del Reg. 882/2004.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
La Regione con DGR 14-6361 del 17 settembre 2013 ha recepito le linee guida nazionali per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini di cui all'Intesa Stato-Regioni del 4 aprile 2012.

aal) altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1
ADEMPIENTE
La Regione ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare un andamento variabile dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul fabbisogno sanitario regionale (FSR) nel corso degli ultimi 3 anni. Benché la Regione abbia ancora margini di miglioramento nella regolazione della propria spesa farmaceutica rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 15,5% del FSR (16,68% nel 2012, rispetto alla somma dei tetti 13,1%+2,4%), ha raggiunto ottimi risultati sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, nella quale è riuscita a mantenere la spesa all'interno del tetto del 13,1%, mentre ha fatto registrare una spesa farmaceutica ospedaliera ancora molto elevata. La riduzione, nel corso dell'ultimo anno, dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale, ben al di sotto del tetto del 13,1%, è dovuta principalmente al raggiungimento degli obiettivi di controllo e monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e alla ridefinizione degli oneri della Distribuzione Per Conto, anche se la Regione non ha fornito una valutazione dell'impatto economico derivante dall'applicazione di tali atti regionali.
Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la Regione evidenzia un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR. Nonostante i numerosi atti regionali con effetti organizzativi e di contenimento della spesa emanati in questo ambito assistenziale, come la centralizzazione delle procedure di acquisto dei medicinali, l'erogazione diretta dei farmaci di fascia H sottoposti al monitoraggio AIFA da parte dei presidi ospedalieri e la razionalizzazione ed appropriatezza d'utilizzo di alcune classi di farmaci, la spesa farmaceutica ospedaliera della Regione Piemonte rimane tra le più elevate in Italia, superando i 450 milioni di Euro nel 2012. La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, aggiornato con cadenza trimestrale nel 2012, e lo ha trasmesso all'AIFA.

Infine, la Regione Piemonte ha garantito un accesso rapido ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in largo anticipo rispetto ai tempi medi nazionali.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi ricadenti nel periodo indicato.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del periodo indicato.

Puglia

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ai fini della verifica adempimenti per l'anno 2011, era stata considerata adempiente con impegno a rispettare per l'anno 2012 l'assoluta quadratura dei modelli CE E SP.

Per quanto riguarda l'anno 2012, è stata verificata la qualità dei modelli economici. Risultano tuttavia squadrature sia nel confronto CE-SP, sia in termini di CE-LA, dovute in quest'ultimo caso ad un'errata contabilizzazione della mobilità attiva e passiva intraregionale ed extraregionale.

Con la trasmissione di documentazione integrativa, la Regione ha fornito chiarimenti in merito alle discrepanze relative alle rimanenze. Queste ultime corrispondono a quanto riportato nel modello CE al netto di un importo pari a 0,282 mln di Euro relativo al Policlinico di Bari per un furto di farmaci registratosi nel 2012.

La Regione ha motivato in maniera dettagliata anche le motivazioni delle discrepanze tra CE e LA relativamente alla mobilità intraregionale.

Alla luce di quanto sopra, la regione ha superato l'impegno riportato nella verifica 2011 e può essere considerata adempiente per l'anno 2012.

Statistici

ADEMPIENTE

La copertura e la qualità dei dati risultano buone.

e) Erogazione LEA

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La regione Puglia con un punteggio pari a 140 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente con impegno". Considerando che la Regione è sottoposta al Piano di Rientro si rinvia agli obiettivi stabiliti dal Piano stesso, in particolare, relativamente all'assistenza residenziale per anziani e all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera. Persistono inoltre delle criticità per il livello "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", in particolar modo per gli screening, la vaccinazione antinfluenzale negli anziani e la prevenzione veterinaria (percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina).

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla Base Dati nazionale risulta che, a gennaio 2013, la Regione Puglia ha una dotazione conosciuta di 13.208 posti letto, pari a 3,26 per 1.000 abitanti, di cui 2,91 per pazienti acuti (11.781 posti letto) e 0,35 per riabilitazione e lungodegenza (1.427 posti letto). La Regione deve effettuare la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13 nella base dati 2012. In relazione alla base dati 2013, non è stato inviato il modello HSP.13 per le strutture 160092 "CASA DI CURA TORREBELLA" e 160180 "CASA DIVINA PROVVIDENZA - BISCEGLIE"; inoltre la Regione deve effettuare la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13.

L'offerta dei posti letto regionali è in linea con lo standard nazionale.

In relazione al tale tematica, la Regione ha trasmesso la R.R. n.36 - Modifica ed integrazione al regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n.18 e s.m.i. di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia.

F.2

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Base Dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 213,3 nel 2010, di 197,11 nel 2011 e di 175,73 nel 2012. Pertanto nell'anno 2012 si osserva un valore che, nonostante il progressivo decremento osservato, si conserva al di sopra del 170 per mille abitanti previsto come valore di riferimento.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è lievemente eccedente il valore del 25% nei primi due anni del periodo di riferimento, con un differenziale in decremento di 3,3 nel 2010 (28,3%) e 2,8 (27,8%) nel 2011; risulta invece ricompresa entro il 25% nel 2012 (23,7%).

La Regione ha trasmesso la DGR n.802/2013, recante il documento di indirizzo economico funzionale del SSR che definisce, fra l'altro, il riparto dei fondi per livelli di assistenza. Si rileva, in primo luogo, che il documento non esplicita le eventuali modifiche apportate alla ripartizione dei fondi vigente in precedenza; inoltre, trattandosi di un atto di natura economico-finanziaria, non contempla iniziative di riorganizzazione volte a potenziare le modalità assistenziali alternative al ricovero ordinario, necessarie ad ottenere l'adempimento. Risulta trasmessa anche la DGR n. 1789/2012 inerente determinazioni in materia di PACC medici che non appaiono, tuttavia, sufficienti a garantire il rientro del TO entro i valori di riferimento.

La Regione ha inoltre trasmesso uno stralcio dei Programmi Operativi 2013-2015, che reca una ricognizione delle attività di ricovero ed evidenzia il citato trend in decremento del tasso di ospedalizzazione in regime ordinario.

Per quanto su esposto in relazione al riscontrato decremento del tasso di ospedalizzazione si ritiene superata l'inadempienza relativamente all'anno 2011.

Relativamente all'anno 2012 si sollecita la Regione all'adozione dei provvedimenti utili a ricondurre il tasso di ospedalizzazione entro gli standard nazionali e si rinvia al Piano di Rientro.

g) Appropriatezza

Ai soli fini informativi, la Regione si colloca in una situazione critica per i DRG 40 Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni, 73 Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni, 243 Affezioni mediche del dorso, 266 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC, 283 Malattie minori della pelle con CC, 284 Malattie minori della pelle senza CC, 324 Calcolosi urinaria senza CC, 364 Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne e 381 Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia. Il 37% dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza.

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

H.1 Monitoraggio ex post.

La Regione risulta svolgere attività di monitoraggio ex post; dai dati pervenuti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) risulta che i seguenti campi hanno una copertura al di sotto della soglia prevista e precisamente:

- Campo Classe Priorità della prestazione → 3,53% (I semestre) → 3,83% (II semestre)
- Campo Garanzia tempi di attesa: → 84,08% (I semestre) →84,16% (II semestre)
- Campo Struttura sanitaria erogatrice → 2,61% (I semestre) → 2,60% (II semestre)

Si chiede di chiarire gli ostacoli alla non completa valorizzazione e soprattutto si sollecita la Regione a porre rimedio ai valori bassi delle percentuali.
Inoltre, si segnala che non risulta possibile calcolare l'indicatore dei Tempi di Attesa, previsto solo per le Regioni per le quali risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.

H.2 Monitoraggio ex ante
La Regione ha svolto il monitoraggio ex ante nel corso dell'anno 2012. Le soglie di garanzia risultano essere soddisfacenti soprattutto per la classe B come sotto riportato:

- % di garanzia Classe B aprile 91,36%
- % di garanzia Classe D aprile 79,71%
- % di garanzia Classe B ottobre 91,797%
- % di garanzia Classe D ottobre 93,02%.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero.

- Campo Data Prenotazione:
  - Regime ordinario. Campi compilati correttamente 89,21%.
  - Regime DH. Campi compilati correttamente 82,10 %
- Campo Classe di priorità:
  - Regime ordinario. Campi compilati correttamente 99,97%
  - Regime DH. Campi compilati correttamente 100,00%

H.4 Monitoraggio delle sospensioni
Non risulta, anche se dichiarato, che la Regione effettui il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni così come indicato dalle Linee guida
La Regione ha però evidenziato gli Atti regionali che disciplinano i casi di sospensione e gli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni stesse.

H.5. Monitoraggio PDT complessi
Dall'esame dei dati pervenuti risulta che il monitoraggio viene effettuato.

In risposta alla richiesta di chiarimenti circa le motivazioni della non corretta valorizzazione dei campi "Classe Priorità della prestazione", "Garanzia tempi di attesa", "Struttura sanitaria erogatrice", la Regione ha trasmesso documentazione integrativa, che riporta in dettaglio le motivazioni della non corretta copertura dei campi segnalati con l'impegno alla risoluzione delle criticità coinvolgendo anche i MMG tramite accordi (vedi anche PSR).
E' doveroso far presente che relativamente alla precisazione circa "l'assenza nel PNGLA e nel Questionario LEA dello standard di riferimento perché si possa considerare una Regione inadempiente o meno rispetto al ricorso dei prescrittori ai codici di priorità", può essere utile ricordare quanto citato nelle Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa - Monitoraggio ex post, evidenziate anche nel Questionario LEA.
Contenuti informativi: i campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell'art. 50 della L. 326/03 per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono da considerarsi tutti obbligatori ai fini del monitoraggio stesso.
In particolare la classe di priorità: fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:
U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore)
B= entro 10 gg
D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali)
P= programmabile

La valorizzazione del campo "classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso. L'Indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore.
Inoltre nelle Linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa, di cui al punto 9 dell'Intesa Stato-Regioni sul PNGLA 2010-2012, la tabella Criteri di valutazione dei PRGLA riporta, al punto C3, quale indicatore dei criteri di valutazione dei PRGLA e precisamente dell'Individuazione dei criteri di priorità d'accesso nell'ambito delle prestazioni oggetto di monitoraggio, l'Indicazione dell'utilizzo sistematico e obbligatorio dei criteri di priorità per stratificare la domanda (Punto 3 del PNGLA).
Se ne può dedurre che una bassa percentuale di valorizzazione di questo campo denota una scarsissima attenzione da parte della Regione a questa problematica, tra l'altro già portata alla luce nell'Accordo Stato-Regioni del 11 luglio 2002 "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa".
A conferma di ciò, si fa presente che per la Regione Puglia non risulta possibile calcolare l'indicatore dei Tempi di Attesa previsto per una valorizzazione > del 90% dei campi necessari al calcolo
Simili argomentazioni valgono anche per la copertura degli altri campi così come chiaramente riportato nelle Linee guida di trasmissione dei flussi 2010, dove si possono trovare anche le indicazioni per l'invio corretto circa la codifica diversa delle strutture sanitarie erogatrici.
Per quanto sopra esposto si può esprimere un parere di adempienza con impegno all'invio dei dati in modalità corretta (secondo le Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per il monitoraggio dei tempi di attesa), da rivalutare attentamente nel corso del prossimo anno.

l) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

La Regione Puglia ha raggiunto importanti obiettivi sia dal punto di vista economico che di efficacia ed efficienza soprattutto sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale (passando dal 15,34% di spesa nel 2011 al 13,46% di spesa nel 2012 sul FSN), nell'ambito dell'obiettivo generale B "Misure per il contenimento dei costi e per l'innalzamento dei livelli di efficacia del sistema sanitario regionale" previsti nel piano di rientro 2010-2012.

Nonostante gli sforzi nel governo dell'assistenza farmaceutica elencati in maniera dettagliata nel protocollo in oggetto, la Regione Puglia è ancora molto distante dal raggiungimento del pareggio della propria spesa farmaceutica complessiva rispetto ai tetti di spesa programmata (lo scostamento percentuale della spesa farmaceutica regionale dal tetto del 15,5%, somma dei tetti del 13,1% e del 2,4%, per l'anno 2012, è il più elevato rispetto a tutte le altre Regioni italiane). Inoltre la Regione Puglia, all'atto della compilazione del Questionario, non ha risposto al punto AAL.1.2 "Misure di governo dell'assistenza farmaceutica territoriale" non specificando gli estremi degli atti regionali adottati nel periodo di riferimento 2010-2012, così come l'impatto economico atteso.

Si rammenta, infine, che la valutazione dell'adempimento Lea inizialmente è avviata dall'Agenzia Italiana del Farmaco; in caso di mancato rispetto dei termini previsti dall'Art. 5, comma 5 della L. 222/2007, per il parere finale si rimanda alla valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: PUGLIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	672.159.809,60	9,45%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	11.182.861,00	0,16%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	23.623.909,00	0,33%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	287.247,00	0,00%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	201.391.249,00	2,83%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	118.756.146,00	1,67%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	53.172.789,00	0,75%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	65.583.357,00	0,92%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**957.213.187,60**	**13,46%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	7.110.799.732,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	931.514.764,89	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	25.698.422,71	0,36%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		206,91%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	927.589.767,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	620.792.000,00	8,73%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	5.879.406,00	0,08%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	1.004.702,00	0,0141%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	1.720.403,00	0,02%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**410.796.240,00**	**5,78%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	7.110.799.732,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	170.659.193,57	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	240.137.046,43	3,38%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE

La Regione effettua la trasmissione e la validazione a livello regionale di tutti i flussi ad eccezione dei flussi di attività gestionali di cui al D.M. 05/12/2006 per i quali è prevista la trasmissione da parte delle ASL.

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che esiste una sistema di contabilità per centro di costo e responsabilità uniforme per tutte le aziende, anche se non esiste un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati a livello regionale. La Regione ha inviato la griglia con gli obiettivi richiesti per la verifica ed il

monitoraggio dello stato di implementazione della contabilità analitica, da cui si evince che ha raggiunto quanto richiesto per l'anno 2011. Inoltre, la Regione ha provveduto alla nomina del responsabile del procedimento di attuazione della contabilità analitica.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione risulta adempiente in base alla DGR 1969 del 12/10/2012 avente per oggetto "Schema di contratto da stipularsi con i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliero Universitarie del Servizio Regionale della Puglia: Approvazione" ed in base alla DGR n. 2467 del 27/11/2012, ad oggetto "DGR 2341 del 24/10/2011- Schema di contratto da stipularsi con i Direttori Generali delle Sanitarie Locali del Servizio Sanitario della Regione Puglia. Rettifica e riapprovazione schema di contratto. Approvazione addendum contratti già sottoscritti".

p) Dispositivi medici

P.1

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

P.2-P.3

Nell'anno 2012 la Regione risulta essere stata sempre presente alle riunioni del Gruppo di Lavoro Nazionale (6/6) istituito al fine della corretta implementazione dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici. In tale ambito si registra il contributo puntuale. La Regione ha, inoltre, condiviso i documenti "Linee Guida per il tracciato Unità di misura" e "Linee Guida per il tracciato Contratti" elaborato dal relativi Sottogruppi di Lavoro.

La diffusione delle informazioni agli operatori delle strutture sanitarie del territorio di competenza è stata realizzata in modo ottimale.

Si evidenzia una buona attuazione di quanto previsto dai decreti relativi alla Banca Dati ed al Monitoraggio della spesa registrando un miglioramento delle relative attività.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione non ha superato l'impegno, risalente alla verifica 2011, ad adeguare le quote di oneri a carico del Comune/assistito al DPCM LEA, per RSSA disabili e Comunità socio-riabilitative (cosiddette "dopo di noi" per le quali la Regione prevede il 70% a carico del SSR, Gruppi appartamento). Rispetto alle Case per la vita per persone con disturbi psichiatrici invia la DCA 1/2010 che prevede la quota di compartecipazione in linea con il DPCM.

Con riferimento all'anno 2012, il punteggio totale riportato dalla Regione è di **20 punti**, così ripartiti:

- Valutazione Multidimensionale del disabile: 1 punto
- Offerta assistenziale: 9 punti
- Ripartizione degli oneri: 6 punti
- Fornitura dati posti letto: 4 punti.

Si rilevano le seguenti criticità

- trattamenti intensivi per non autosufficienti: presenza di quota di compartecipazione per l'utente (quota analoga ai trattamenti estensivi)
- Trattamenti residenziali socio-riabilitativi di mantenimento a persone con disabilità: presenza di quota di compartecipazione 50% non in linea con il DPCM
- Trattamenti semiresidenziali di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale a malati cronici totalmente o parzialmente non autosufficienti (SR): presenza di quota di compartecipazione (70 %) non in linea con il DPCM.

Per l'anno 2012 la Regione viene considerata adempiente con impegno ad adeguare le quote di compartecipazione al DPCM del 2001.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la copertura territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

S.4

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS. Relativamente alla completezza territoriale si segnala la presenza di molti scarti da parte di quasi tutte le ASL. La Regione risulta pertanto adempiente con l'impegno a risolvere le criticità rilevate.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

Con delibera 915/2013 la Regione ha previsto in base all'art. 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 un abbattimento del 40% per le tariffe di lungodegenza per un valore soglia superiore ai 60 gg.

u) Piano nazionale della prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Puglia risulta pari a 85 ovvero superiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.

- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: ADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: INADEMPIENTE
- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza: ADEMPIENTE
- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: ADEMPIENTE

Il potenziamento qualitativo programmato delle risorse umane consiste nell'acquisizione di qualifica UPG per operatori assunti Co.Co.PRO; abbonamento a riviste specializzate; corsi di formazione operatori SPESAL "Qualità di vigilanza in edilizia"; formazione in tema di REACH. Nell'ambito del potenziamento qualitativo realizzato si segnala l'acquisizione di qualifica UPG per operatori assunti Co.Co.PRO e l'attivazione di corsi di formazione operatori SPESAL "Qualità di vigilanza in edilizia".
E' stata raggiunta la copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi in un anno.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE
In materia di aggiornamento del personale sanitario la Regione ha risposto a tutti i quesiti del Questionario. In risposta al punto 7 "Istituzione dell'Osservatorio regionale", la Regione fa riferimento alla delibera di Giunta regionale n. 1380 del 21/06/2011, già trasmessa per gli adempimenti LEA 2011. La Regione trasmette, infine, documentazione relativa alla nomina dei componenti dell'Osservatorio regionale.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE
X.1 Formalizzazione di una metodologia/procedura per il monitoraggio, nelle aziende sanitarie ed ospedaliere, dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale.
La Regione, con la Delibera ARES n. 134/2009 ha adottato una metodologia per produrre, diffondere, monitorare e aggiornare raccomandazioni per la parte clinica e la gestione organizzativa", dando indicazione di utilizzare, quale riferimento prioritario, il Manuale metodologico edito dall'ISS e dall'Agenas.

X.2 Monitoraggio dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale nell'anno 2012.
La Regione dichiara di svolgere attività di monitoraggio nelle Strutture sanitarie che afferiscono a:
ASL FG, ASL TA, ASL BT, ASL BR, ASL LE, ASL BA, Az. Ospedaliera Policlinico – Bari, OO.RR. Foggia, IRCCS "De Bellis" – Castellana Grotte, Istituto Oncologico di Bari.

X.3 Esistenza a livello regionale di una funzione (ufficio/servizio/gruppo di lavoro) che svolge regolarmente la raccolta e l'analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.
La struttura deputata è l'Agenzia Regionale Sanitaria ARES – Area Accreditamento – Qualità – Ricerca.

y) LEA aggiuntivi

INADEMPIENTE
La Regione garantisce livelli ulteriori di assistenza in diversi settori (farmaceutica, specialistica, integrativa, contributi economici, prestazioni per gli invalidi di guerra, riabilitazione, ecc.).
Si evidenzia che con sentenza n. 104 del 22 maggio 2013 la Corte Costituzionale ha rilevato il contrasto dell'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai Lea nelle regioni in Piano di Rientro con gli obiettivi di risanamento del piano, in quanto viola il principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria quale principio di coordinamento della finanza pubblica.
La Regione rinvia alla documentazione già trasmessa in sede di questionario 2010 e allega i capitoli di bilancio regionale 2012:

- rimborsi spese per trapianti, M€ 200 – Cap. 781076 (Servizi Sociali), Bilancio Regionale 2012;
- sussidi per infermi di mente, M€ 1.170 – Cap. 783035 (Servizi Sociali), Bilancio Regionale 2012;
- Assegno di cura per la SLA M€ 1.702 (Capitolo 785060 – Servizi Sociali), Bilancio Regionale 2012;
- Contributi ai cittadini pugliesi che si avvalgono del metodo ABA. Art. 9 L.R. 45/08 e Contributo ai cittadini pugliesi portatori di disabilità psicofisica che applicano il metodo Doman o Vojta o Fay art.40 L.R. 26/06 – M€ 310 capitolo 712047 -721028;
- Accordo integrativo per la medicina generale e pls, la continuità assistenziale e l'emergenza–urgenza (importo 20.000 ?) capitolo 731030.

Mancano gli importi e capitoli per gli altri Lea aggiuntivi garantiti.

La Regione tuttavia trasmette una nota nella quale specifica che i livelli ulteriori sono stati garantiti in linea con quanto previsto dall'Accordo sottoscritto in sede di Piano di rientro. Sottolinea, inoltre, che i livelli ulteriori sono riportati nello stesso Piano per un totale di costi pari a 37 milioni di Euro.
Tenuto conto che i costi registrati nel 2012 sono stati inferiori a tale importo, la Regione ritiene che non vi sia stata violazione del Piano.
Segue alla suddetta nota una ulteriore comunicazione, con la quale la Regione riconferma quanto già indicato, evidenziando, ancora una volta, che il dettaglio dei costi ed i relativi capitoli di bilancio regionale sono dettagliatamente riportati nel verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 23 luglio 2013 e specificando che i costi indicati riguardano non voci extra-Lea ma accordi integrativi della Medicina generale/Pediatria libera scelta/118 e quote del Fondo sociale-Bilancio autonomo che transitano sui conti delle aziende sanitarie e "comunque in linea con quanto riportato nel Piano di rientro al paragrafo E1.1- costi da finanziare a carico del bilancio regionale ed extra Lea".
Nella nota si afferma, inoltre, che le prestazioni erogate dalla Regione non costituiscono "extra Lea". Se tale affermazione è condivisibile per quanto riguarda l'Accordo integrativo per la medicina generale, non lo è relativamente a:

- Assegno di cura per SLA;
- Contributi per Metodo Doman;
- farmaci di fascia C o prodotti aproteici a pazienti con malattie rare.

La Regione viene considerata inadempiente; si resta in attesa di ricevere da parte della Regione documentazione che attesti la soppressione dei livelli aggiuntivi garantiti.

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE
La Regione Puglia nell'anno 2012 non ha sottoscritto un accordo integrativo di quelli siglati nel 2004 e nel 2007. Nel Questionario ha evidenziato le attrezzature previste nell'ultimo accordo.

La stessa Regione ha presentato la proposta di un nuovo accordo di programma con la presentazione del documento tecnico che è in corso di perfezionamento.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione relaziona sull'iter dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie operanti nella Regione.

La Regione dichiara di aver completato l'iter sia per le strutture sanitarie che socio sanitarie, non acclude atti di riferimento, ma completa la tabella che fotografa lo status, emergendo che 60 strutture sono ancora in valutazione.

La Regione risulta adempiente con impegno a concludere le procedure anche per le strutture in valutazione e a darne comunicazione.

aj) Sperimentazioni gestionali

ADEMPIENTE

La regione Puglia ha compilato il Questionario dichiarando che, al 31 dicembre 2012, non sono attive in Regione sperimentazioni ed innovazioni gestionali. Ha inoltre allegato la DGR 745/2009 avente ad oggetto "Criteri e procedure per l'attivazione di progetti di sperimentazione gestionale (art.9 bis del D. Lgs. n.502/92 e s.m.i.) e dell'istituto dell'in house providing".

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

ADEMPIENTE

La Regione aveva allegato, nelle precedenti verifiche LEA, la normativa sulla riorganizzazione della rete laboratoristica; ha inoltre allegato la delibera che disciplina il service di laboratorio.

In merito alla medicina di laboratorio, facendo seguito alla richiesta di integrazione dati trasmessa dall'Ufficio istruttore, la Regione ha trasmesso un aggiornamento del Questionario integrando i dati mancanti oltre ad allegare il report degli esami di laboratorio erogati dalle strutture pubbliche e private, aggiornato al 2012.

am) Controllo cartelle cliniche

INADEMPIENTE

La Regione, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella tabella 1 (Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) dichiara di eseguire, complessivamente per le strutture pubbliche e per le strutture private accreditate 154.070 controlli, pari al 23%; a tal proposito si ricorda che ai sensi del DM del 10.12.2009 il controllo analitico casuale del 10% delle cartelle cliniche deve essere assicurato per ciascun soggetto erogatore.

In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) la Regione sia per le strutture pubbliche che per le strutture private assicura una percentuale di controlli superiore alla soglia del 2,5% sulla totalità delle cartelle cliniche.

Si chiede di specificare con maggior dettaglio le misure adottate successive ai controlli effettuati sulle strutture pubbliche e private accreditate (es. abbattimenti tariffari, % sul budget, altro).

Si ricorda che sia la Tabella 1 che la Tabella 2 devono essere compilate separatamente per gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati (rif. cfr. Circolare del MdS n. 5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche").

Si rileva inoltre che non è pervenuto il report relativo ai controlli con indicazione, in particolare, della metodologia adottata dalla Regione per l'identificazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza e si resta pertanto in attesa dello stesso.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione, a seguito di modifiche apportate al modello LA, ha garantito la coerenza tra i dati NSIS con quanto dichiarato in base al D.M. 332/99 relativamente alla spesa protesica dell'anno 2011.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE
Valutando positivamente le azioni intraprese dalla regione in tema di organizzazione delle reti per cure palliative e terapia del dolore, si considera la stessa adempiente.

AO.2
ADEMPIENTE
Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice") la Regione ha inviato i dati del IV trimestre 2012 e del I, II e III trimestre 2013.

AO.3
ADEMPIENTE
Si prende atto che, in assenza di un percorso assistenziale definito a livello regionale, sono stati attivati i processi di valutazione del grado di severità del dolore, di somministrazione dei farmaci oppiacei e di valutazione dell'efficacia della terapia antalgica.
La Regione ha provveduto a trasmettere gli atti relativi alla costituzione di uno specifico gruppo regionale con i compiti di garantire adeguatezza dell'assistenza socio-sanitaria attraverso il coinvolgimento delle figure professionali previste dall'adempimento di cui si tratta.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
AP.1.1 Sono stati dimessi 16 internati su 27 (59%).

AP.1.2 La Regione ha formalmente individuato le procedure per regolare la collaborazione tra PRAP-Puglia e il CGM-Puglia, anche se non sono chiaramente definiti strumenti per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali (ad esempio invio in CT - Comunità Terapeutica) dei minori accolti dai CPA (Centri di Prima Accoglienza).

AP.1.3 La Regione ha programmato nell'ambito di una Conferenza di Servizi del dicembre 2012 l'attivazione all'interno dell'Istituto penitenziario di Lecce, una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale con requisiti strutturali, organizzativi e di personale assimilabili a quelli previsti per i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. L'Amministrazione Penitenziaria sta provvedendo a porre in essere le azioni necessarie finalizzate alla ristrutturazione dell'area, interna all'Istituto Penitenziario, da destinare all'istituenda Sezione.
La Regione è adempiente con impegno a definire strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali (ad esempio invio in CT - Comunità Terapeutica) dei minori accolti dai CPA (Centri di Prima Accoglienza).

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

INADEMPIENTE

AS.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali.

La Regione dichiara di aver effettuato il monitoraggio; tuttavia dall'analisi della documentazione pervenuta risulta che solo alcune strutture hanno recepito parte delle Raccomandazioni del Ministero.

AS.1.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici.

La Regione ha effettuato una ricognizione delle strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici.

AS.1.3 Iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari relative alle Raccomandazioni ministeriali

La Regione dichiara di aver attivato eventi per la formazione; tuttavia dalla documentazione trasmessa, risulta che numerose attività sono state attivate nel corso dell'anno 2013 e non dell'anno di valutazione 2012.

AS.2 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria.

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che 35 UO chirurgiche su 243 utilizzano la Checklist di chirurgia.

AS.3 Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES.

La Regione Puglia ha inviato l'atto regionale che definisce la procedura per la segnalazione degli eventi sentinella.

La Regione Puglia ha trasmesso ulteriore documentazione, ma le informazioni contenute sono parzialmente incongruenti con quanto in precedenza comunicato circa le strutture sanitarie con UFA.

Inizialmente infatti erano state indicate le seguenti strutture: Asl BT; PO Casarano Lecce; Ospedale Universitario Policlinico di Bari; IRCCS "De Bellis" Castellana Grotte; Asl BR; Asl TA. Nell'ultima documentazione trasmessa vengono distinte quali strutture hanno centralizzato e quali no; tuttavia, ad esempio, l'ospedale di Casarano (Lecce), indicato in precedenza come uno di quelli che aveva la centralizzazione, risulta adesso come non averla.

Ancora, la Regione aveva dichiarato che le ASL di BR e TA avevano centralizzato ma queste non compaiono nell'ultima documentazione trasmessa.

Si chiede alla Regione di fornire chiarimenti in merito a tali informazioni, che risultano da una prima lettura contraddittorie con quanto in precedenza affermato.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

La Regione ha trasmesso la documentazione prevista dall'adempimento. In relazione all'analisi del PAC, dal documento trasmesso è emerso che le scadenze sono tutte presenti, tranne quelle relative alle ultime due azioni di tutti gli obiettivi dell'azienda "ASLBAT".

Si evidenzia che in relazione alla presenza di altre informazioni di rilievo, la numerazione indicata nel paragrafo attinente a tale punto non rispetta il format ex decreto 01.06.2013.

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che nel proprio territorio sono implementati 14 CUP Aziendali. Dichiara inoltre che è stato avviato un progetto finalizzato alla realizzazione di un CUP regionale di 2° livello (CUP interaziendale integrato).

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Salute mentale relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS relativamente al territoriale. Anche per quanto riguarda il residenziale sono stati inviati i dati, in un primo tempo mancanti.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Dipendenze relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, risulta un insieme di dati non completamente coerente. In particolare il numero dei soggetti è superiore al numero dei contatti. Relativamente al tracciato MHX si registra un numero di dati basso in relazione al numero dei soggetti e solo le ASL106, 115 e 116 hanno inviato i dati. Pertanto si sono chiesti chiarimenti circa la coerenza dei dati e di completare la base dati con quelli mancanti.
A seguito delle verifiche effettuate, risulta superata la criticità relativa alla presenza dei dati inviati solo nei casi di esito positivo del test effettuato. Risultano infatti invii anche nei casi di test con esito negativo e nei casi in cui il test non sia stato eseguito. Pertanto la Regione viene considerata adempiente.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che il fascicolo sanitario elettronico è stato istituito con L.R. n. 16 del 15 luglio 2011, pubblicata sul BURP n. 113 del 19-07-2011.
Il sistema FSE della Puglia è un sistema regionale unico, che si alimenta a partire da dati e documenti prodotti presso le Aziende Sanitarie. L'architettura prevede un sistema centrale, denominato Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST), realizzato nell'ambito del progetto nazionale "Rete dei Medici di Medicina Generale (RMMG)", all'interno dell'Accordo di Programma Quadro in materia di e-government e società della informazione sottoscritto tra Regione Puglia e Amministrazioni Centrali.
Il SIST gestisce, inoltre, il ciclo prescrittivo-erogativo di ricette farmaceutiche e specialistiche fungendo anche da Sistema di Accoglienza Regionale (SAR) sia per il progetto medici in rete, di cui al DPCM 26/03/2008, sia per il progetto di dematerializzazione della ricetta, di cui al DM 2/11/2011.
A breve si prevede l'integrazione del SIST con il sistema Edotto per il conferimento delle lettere di dimissione e dei referti del Pronto Soccorso ed è in corso la progressiva integrazione dei referti di patologia clinica. Rispetto alle funzionalità proprie del fascicolo sanitario elettronico, le funzionalità del SIST non sono state ancora attiviate in esercizio, in attesa di concludere l'iter di adozione, previo parere del Garante per la privacy, del regolamento regionale sull'implementazione del fascicolo, anche in relazione all'iter del decreto previsto dal comma 7 dell'art. 12 del D.L. 179/2012, convertito con modificazioni con legge n. 221/2012.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

AAE.1

La documentazione trasmessa evidenzia l'adeguamento della Regione alle previsioni dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.

AAE.2

Preso atto della documentazione prodotta, in relazione all'utilizzo dei "Fondi vincolati del Ministero della Salute" di cui al bilancio regionale n. 721042 upb 5.6.1, tenuto anche conto di quanto richiesto dalle norme di riferimento riguardo ai relativi fondi previsti per il funzionamento del sistema trasfusionale regionale, sono stati chiesti chiarimenti alla Regione, ottenuti sia per le vie brevi che con la trasmissione di documentazione integrativa.

AAE.3

La Regione ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 e avviato le azioni di razionalizzazione della rete con una delibera di prossima adozione.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La relazione inviata dal Comitato percorso nascita della Regione Puglia si configura come una proposta di intenti piuttosto che un report sullo stato dell'arte relativo all'attuazione delle linee di indirizzo citate nel questionario LEA. La relazione, pur apparendo esaustiva sui criteri di riorganizzazione dei punti nascita, non fornisce alcuna tempistica che permetta di rilevare il grado di implementazione attuale e futura di tale ridefinizione.

La Regione trasmette inoltre la DGR 3066 del 27 dicembre 2012, con la quale detta le Linee Guida per la riorganizzazione della rete consultoriale, elaborate sulla base delle indicazioni contenute nel Piano Regionale di Salute 2008-2010; tuttavia, anche in questo caso, non si evince lo stato di attuazione di tale riorganizzazione.

Infine, relativamente all'implementazione della partoanalgesia nei punti nascita, si prende atto del documento trasmesso in cui la Regione chiede alle Asl la spesa sostenuta per la parto analgesia ed il dettaglio delle singole voci che ne determinano l'ammontare complessivo, tuttavia questo non permette di desumere la reale diffusione ed applicazione delle procedure di controllo del dolore nel travaglio/parto presso i punti nascita.

In seguito alla richiesta di documentazione integrativa sul punto, la Regione trasmette una ulteriore relazione che tuttavia non appare completamente esaustiva in merito ai seguenti elementi:

a) la Regione non fornisce dettagli circa la presenza, nei PN che effettuano meno di 500 parti anno (Ostuni, Casarano, Scorrano, Gallipoli), di requisiti e standard necessari a garantire la sicurezza del percorso nascita, anche tenendo conto che, come dichiarato, l'attivazione del servizio di trasporto in emergenza del neonato (STEN) per Casarano e Scorrano potrà concludersi solo entro settembre 2014. Tale dichiarazione, peraltro, fa presupporre che la Regione abbia deciso di mantenere in attività i suddetti PN che, dai dati CEDAP 2012, risulta effettuino meno di 500 parti/anno.
b) Pur apprezzando l'azione di riorganizzazione dei Consultori familiari, che ha portato alla individuazione di una rete consultoriale regionale di 98 strutture qualificate come Consultori familiari propriamente detti in possesso dei requisiti previsti e 65 Consultori Familiari di base, non si evince chiaramente lo stato di attuazione di tale ridefinizione, mancando una tempistica relativa. Inoltre, non si evincono i tempi di diffusione a tutte le strutture operative regionali del quaderno della gravidanza, già attivo a livello della ASL di Foggia e

Lecce, così come i percorsi di integrazione ospedale-territorio non appaiono strutturati in tutte le ASL regionali e, laddove citati, non si evincono i tempi di realizzazione.

c) Circa l'implementazione delle linee guida relative alla gravidanza fisiologica ed al taglio cesareo elaborate da SNLG-ISS ed implementazione della raccomandazione per la prevenzione della mortalità materna, nulla viene aggiunto rispetto alla relazione precedente, ad eccezione di un riferimento a tali documenti nella parte riguardante l'attività formativa degli operatori.

   In relazione all'attività formativa diretta agli operatori coinvolti nel percorso nascita, si prende atto di quanto dichiarato dalla Regione in merito ai corsi effettuati nel 2012 e nel 2013.

Pertanto, pur tenendo conto dello sforzo della Regione per dare compimento a quanto contenuto nell'Accordo del 16 dicembre 2010, si evidenziano ancora alcune criticità, che portano a considerare la Regione adempiente con impegno a fornire gli elementi mancanti.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione ha individuato tutta la rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza.

Ha identificato la rete dell'emergenza territoriale nelle sue articolazioni. Sono pianificati gli interventi di integrazione tra la componente territoriale e quella ospedaliera.

Non si prevedono riduzioni del numero delle CO 118.

In relazione alla rete per le patologie tempo-dipendenti, la Regione informa che nel corso del 2014 sarà rivista l'intera organizzazione, sulla base dei risultati ottenuti attraverso specifici gruppi di lavoro.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a fornire informazioni sulla rete per le patologie tempo-dipendenti.

AAG.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la regione risulta adempiente per la disponibilità del dato e per la completezza territoriale. Relativamente alla qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS, si rileva per il "118" una criticità nella valorizzazione della prestazione principale della tabella D, per quanto riguarda il flusso PS si evidenzia una criticità nella valorizzazione della diagnosi principale. Pertanto, la Regione risulta adempiente con impegno a sanare le criticità evidenziate.

AAG.3

ADEMPIENTE

La Regione presenta un valore dell'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" pari a 15 (valore normale <=18; scostamento minimo accoglibile 19-21), identico a quello rilevato nell'anno 2011.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

La Regione fornisce un quadro sinottico delle forme Associative (rete, gruppo, super gruppo e super rete) distinte per ogni singola ASL e con l'indicazione dei medici (MMG e PLS) in esse coinvolti. La gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico e la trasmissione telematica

delle ricette avviene, da parte dei MMG e dei PLS al 100% in tutte le ASL mentre minore e diversificato risulta l'utilizzo dei sistemi di comunicazione informatica (teleconsulto e telemedicina). Relativamente ai modelli Organizzativi delle Cure primarie, la relazione fa riferimento a ai modelli complessi attivi nelle ASL pugliesi nel 2012 che con diversa denominazione garantiscono sia un'apertura continuata H12 come il Centro Polifunzionale Territoriale (CPT), e la Cittadella della Salute che un'apertura H24 come la Casa della Salute, l'Unità territoriale di assistenza primaria (UTAP) e il Presidio Territoriale di Assistenza Primaria (PTA). Per ogni modello organizzativo menzionato fornisce altresì l'elenco dei relativi servizi. Tutte le forme di associazionismo medico attive nel 2012 sono state istituite con formali atti istitutivi delle Aziende Sanitarie Locali.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

AAI.1

In merito ai singoli punti oggetto di valutazione, riportati nelle Note di compilazione del Questionario, si evidenzia quanto segue.

a) Il coordinamento regionale per la rete della riabilitazione ha collaborato con la regione per la predisposizione del regolamento regionale 4 marzo 2013, n. 6 sul Dipartimento di medicina fisica e riabilitazione. E' stata data ampia diffusione al documento che risulta allegato in copia.

b) E' in fase di approvazione il documento sull'appropriatezza dei ricoveri in riabilitazione intensiva che distingue tra riabilitazione intensiva (cod. 56) e riabilitazione intensiva ad alta specializzazione, a sua volta distinta per gravi cerebrolesioni acquisite e gravi traumi encefalici (cod. 75), mielolesione acquisita (cod. 28), disabilità gravi in età evolutiva, turbe neuropsicologiche acquisite.

c) Con DGR n. 2814/2011 sono state approvate la scheda SVAMA e SVAMDI e si è disciplinato il modello di piano di assistenza individuale. Non sono fornite informazioni circa l'effettivo utilizzo del PAI

d) E' stato approvato il Regolamento n. 6/2013 ad oggetto "Il governo clinico del dipartimento di medicina fisica e riabilitativa" che individua le funzioni del Dipartimento; tra queste "costruire progetti di struttura, di processo/percorso riabilitativo ordinati per dimensione e per gravità del bisogno di salute al quale rispondono". Poiché il regolamento è del mese di marzo del 2013, a distanza di 6 mesi dalla sua approvazione la regione effettuerà il monitoraggio su quanto attuato a seguito del disposizioni regolamentari.

e) Per gli strumenti e procedure adottate dai reparti di riabilitazione ospedaliera per assicurare il collegamento funzionale con i servizi socio-assistenziali territoriali si rimanda al precedente punto d). In riferimento all'appropriatezza degli interventi, con DGR n. 1195 del 1/7/2013 si è approvato il documento che disciplina l'appropriatezza delle prestazioni riabilitative in strutture extraospedaliere pubbliche e private accreditate in regime residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale.

La Regione risulta adempiente con impegno a produrre i dati per verificare l'effettività dei provvedimenti adottati.

AAI.2

La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	18,4%	16,1%	15,6%	14,7%	15,0%	13,5%
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	21,5%	10,7%	19,5%	10,2%	18,5%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	11,1%	8,7%	12,2%	9,3%	11,6%	9,1%

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La Regione, sulla base dell'istruttoria relativa all'anno 2012, risulta sufficiente per 1 item su 5, in particolare per i flussi informativi veterinari, con punteggio pari al 79,5% e 4 indicatori vincolanti su 6, con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione. In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili, per ciò che concerne le Salmonellosi zoonotiche, il livello di attività di controllo per la BSE e la Scrapie e sull'anagrafe degli ovicaprini e dei suini.

Si segnala inoltre un livello di attività inadeguato in merito al controllo ufficiale mediante audit degli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte, all'insufficiente livello di attuazione del Piano Nazionale Residui, al controllo ufficiale per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale, al rispetto delle procedure di rilascio dei riconoscimenti condizionati e dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo per gli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale, e criticità circa i flussi informativi relativi agli audit sulle autorità competenti e del finanziamento dei controlli ufficiali.

L'attività di audit risulta avviata nell'anno 2013.

La Regione ha trasmesso documentazione relativamente agli item "sistema regionale audit" e "verifica dell'efficacia dei controlli", non soddisfatti nell'anno di certificazione 2012.

La Regione ha adottato gli atti regionali relativi alle regole del sistema di audit (previsto dall'art. 4.6 del Reg. 882/04) e al sistema di verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali (previsto dall'art. 8.3 del Reg. 882/04).

Tuttavia, si può evidenziare il conseguimento, nei primi mesi dell'anno 2014, degli elementi monitorati attraverso i rispettivi item (sopradescritti) e la validità dei contenuti dei documenti trasmessi, che dimostrano l'impegno fattivo che la Regione ha svolto nel corso dell'anno 2013; il Comitato LEA, alla luce di quanto sopra, ritiene la Regione adempiente.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Si prende atto della DGR 1143 del 18 giugno 2013 con cui la Regione recepisce le Linee guida nazionali per la dematerializzazione clinica in diagnostica per immagini di cui all'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 4 aprile 2012.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

Si rinvia al punto l) Controllo spesa farmaceutica per la valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

La Regione ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare un andamento variabile dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR) nel corso degli ultimi 3 anni. Benché la Regione Puglia abbia raggiunto risultati incoraggianti sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, ha ancora importanti margini di miglioramento nella regolamentazione della spesa farmaceutica regionale. Quest'ultima, infatti, supera il tetto prefissato per entrambi le voci di spesa (13,46% per l'assistenza territoriale rispetto al tetto del 13,1% e 5,78% per l'assistenza ospedaliera rispetto al tetto del 2,4%), facendo registrare una spesa ospedaliera tra le più elevate in Italia. La Regione Puglia ha emanato diversi atti regionali sui versanti dell'assistenza farmaceutica sia territoriale che ospedaliera nel triennio 2010-2012.

Le misure di governo della spesa farmaceutica adottate ai fini del contenimento della stessa, sono risultate però insufficienti al rispetto dei tetti di spesa e la Regione stessa non né ha specificato l'impatto economico atteso.

Lo scostamento percentuale della spesa farmaceutica regionale dal tetto del 15,5% (somma dei tetti del 13,1% e del 2,4%) per l'anno 2012, è il più elevato rispetto a tutte le altre regioni italiane. La regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale aggiornato due volte nel corso del 2012, ma non lo ha trasmesso all'AIFA. Infine, la regione Puglia ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in anticipo rispetto alla media delle altre regioni italiane.

Nonostante gli sforzi nel governo dell'assistenza farmaceutica regionale, l'obiettivo di pareggio della propria spesa farmaceutica rispetto ai tetti di spesa è molto distante.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi ricadente nel periodo indicato.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del periodo indicato.

Sicilia

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha compilato gli allegati 5 e 6 del modello LA con la relativa riconduzione ai singoli livelli di assistenza. Relativamente alla verifica di qualità del modello CE-LA, risultano superate le discrepanze precedentemente riscontrate ai fini del controllo della mobilità attiva e passiva sia intraregionale che extraregionale.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La copertura dei dati risulta buona.

La qualità dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sui flussi informativi HSP24 (nido, nati immaturi) e SDO – Scheda di Dimissione ospedaliera.

La Regione deve integrare la banca dati NSIS e dare riscontro all'Ufficio di Statistica sulle segnalazioni relative ai flussi informativi. Deve in particolare eliminare le criticità nei flussi informativi HSP24 (nido, nati immaturi) e SDO – Scheda di Dimissione ospedaliera.

e) Erogazione LEA

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La regione Siciliana con un punteggio pari a 157 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente con impegno". Considerando che la Regione è sottoposta al Piano di Rientro si rinvia agli obiettivi stabiliti dal Piano stesso, in particolare, relativamente all'assistenza residenziale per anziani e disabili ed all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera. Persistono inoltre delle criticità per il livello "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", in particolar modo per le vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, prevenzione veterinaria e screening. Su tali aspetti la Regione ha relazionato circa le strategie e le azioni finalizzate al miglioramento dei suddetti indicatori. Nei primi mesi del 2014, inoltre, ha trasmesso documentazione relativa alla promozione della campagna vaccinale antinfluenzale 2013/2014 nei confronti dei medici e dei direttori competenti e alle attività di promozione dei programmi di screening. Gli effetti di tali politiche saranno valutati nel corso della verifica 2013.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

In sede di prima valutazione, la dotazione di posti letto risultante a gennaio 2013 dalla Base Dati nazionale appariva sottostimata poiché la regione non aveva provveduto all'invio, alla data su indicata, dei dati relativi ad alcune strutture. In particolare, non era stato inviato il modello HSP.13 – anno 2013 per le strutture 190501 "CASA DI CURA VILLA DEI GERANI", 190529 "'CASA DI CURA S.RITA ATI HOSPITAL SRL" e 190544 "CASA DI CURA STAGNO S.R.L."; quest'ultima struttura è presente nella base dati 2013 pur risultando chiusa con data 5 gennaio 2012 nella base dati 2012 (se la struttura non è più attiva deve essere cancellata dalla base dati 2013).

Tuttavia, da una ulteriore verifica della base dati nazionale, risulta che sono state superate le criticità precedentemente rilevate per le strutture 190501 "CASA DI CURA VILLA DEI GERANI" e

190544 "CASA DI CURA STAGNO S.R.L."; inoltre la Regione annuncia il prossimo superamento anche per la struttura 190529 "'CASA DI CURA S.RITA ATI HOSPITAL SRL".
Ciò premesso, attualmente la Regione Sicilia ha una dotazione conosciuta di 16.856 posti letto, pari a 3,37 per 1.000 abitanti, di cui 2,99 per pazienti acuti (14.940 posti letto) e 0,38 per riabilitazione e lungodegenza (1.916 posti letto).
Pur in presenza di un valore per le post-acuzie prossimo al limite minimo, tali dotazioni appaiono in linea con gli standard di riferimento.

F.2
ADEMPIENTE
La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 191,59 nel 2010, di 174,65 nel 2011 e di 166,59 nel 2012.
La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, con un differenziale di 10,4 nel 2010 (35,4%), 9,1 (34,1%) nel 2011 e 7,3 nel 2012 (32,3%).
In riferimento alla tematica in questione, la Regione risulta aver trasmesso il DA 954/2013 recante interventi volti all'abbattimento dei DRG a rischio di inappropriatezza e la determinazione delle tariffe per il day service, per contenere il ricorso al day hospital a favore di regimi assistenziali a minore complessità. Tale provvedimento è in linea con i disposti della L. 135/2012.

g) Appropriatezza

A soli fini informativi, la regione Siciliana si colloca in una situazione critica per il solo DRG 466 Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria, quindi con una percentuale di DRG in area critica inferiore all'1%. Il 6,5% dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza.

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE
H.1 Monitoraggio ex post
La Regione risulta svolgere attività di monitoraggio ex post. I dati presenti nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) mostrano i seguenti campi non correttamente valorizzati:

- Campo Classe priorità prestazione → 32,86% (I semestre); 67,45% (II semestre)
- Campo Garanzia tempi di attesa → 20,92% (I semestre); 29,36% (II semestre)
- Campo Prestazioni in primo accesso → 14,24% (I semestre); 31,44% (II semestre)
- Campo Struttura sanitaria erogatrice →31,94% (I semestre); 29,98% (II semestre)

Inoltre, si segnala che non risulta possibile calcolare l'indicatore dei Tempi di Attesa, previsto solo per le Regioni per le quali risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.

H.2 Monitoraggio ex ante
La Regione ha svolto il monitoraggio ex ante nel corso dell'anno 2012. I dati pervenuti riguardano la rilevazione aprile 2012 e la rilevazione ottobre 2012.
Le soglie di garanzia risultano essere:

- % di garanzia Classe B Aprile 69,83%
- % di garanzia Classe D Aprile 78,14%
- % di garanzia Classe B Ottobre 63,82%
- % di garanzia Classe D Ottobre 82,41%.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

- Campo Data Prenotazione:
  - Regime ordinario. Campi compilati correttamente 87,24 %.
  - Regime DH. Campi compilati correttamente 69,54%

- Campo Classe di priorità:
    - Regime ordinario. Campi compilati correttamente 86,61%
    - Regime DH. Campi compilati correttamente 98,61%

La completezza di trasmissione dei suddetti campi deve corrispondere al 90% .

H.4 Monitoraggio delle sospensioni
La Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni. Inoltre prevede interventi per sopperire ai disagi.

H.5 Monitoraggio PDT complessi
Dall'esame dei dati pervenuti risulta che il monitoraggio viene effettuato.

Si tiene a precisare che nell'attuazione dello svolgimento del Piano Operativo 2010-2012 la Regione pone in essere le misure necessarie per superare le criticità nella gestione delle Liste di attesa; infatti si impegna a consolidare l'attività di monitoraggio dei tempi d'attesa (monitoraggi: ex post, ex ante, dei ricoveri, dei percorsi diagnostico terapeutici in area oncologica e cardiovascolare, delle sospensioni, dei siti Web), così come indicato dal PNLGA e dalle relative linee, adeguando i sistemi informativi dedicati. Gli interventi prevedono anche la relativa attività di reportistica attraverso un programma di sensibilizzazione/formazione degli operatori aziendali e professionisti sanitari preposti all'alimentazione del flusso aumentando il coinvolgimento delle specifiche competenze professionali.
Al fine di fornire ogni utile informazione idonea a chiarire le criticità emerse nel corso della valutazione, la Regione trasmette la nota prot. 84120 e la nota 83893, entrambe di novembre 2013.
Per esprimere un giudizio positivo in merito alle iniziative intraprese si ritengono esaustivi gli elementi informativi dedotti dal flusso regionale della specialistica ambulatoriale denominato C e M, a partire dal secondo semestre 2012, e l'indicazione della nota prot. 67191 del 23 agosto 2013 con la quale l'Assessorato fornisce specifiche istruzioni per la corretta gestione dei campi "data di prenotazione" e "classe di priorità " del monitoraggio delle attività di ricovero.

I) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea
La Regione Siciliana ha evidenziato nel 2012 una spesa farmaceutica territoriale di 1.235,7 milioni di Euro, corrispondente ad un disavanzo rispetto al tetto del 13,1% del Fabbisogno sanitario regionale dello 1,09% (95,3 milioni di Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2012 risulta superiore rispetto a quella inizialmente prevista dall'AIFA ai sensi dell'art.5,
comma 4, della L.222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 346,7 milioni di Euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno sanitario regionale del 1,58% (+137,8 milioni di Euro).
La Regione Sicilia evidenza una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 233,1 milioni di Euro.
La Regione, evidenza sia il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale che il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera; l'incidenza del ticket fisso per ricetta è superiore rispetto al limite del 30% (pari al 101,13%) dello scostamento della spesa farmaceutica territoriale rispetto al tetto del 13,1% del FSN.
Pertanto, per il parere finale si rimanda alla valutazione congiunta Tavolo adempimenti-Comitato LEA del Ministero della Salute – Ministero dell'Economia e delle Finanze la compensazione dei disavanzi della spesa farmaceutica con altre voci di spesa del Servizio Sanitario Regionale, o di altre voci del bilancio regionale.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: SICILIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	912.616.472,84	10,48%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	14.415.449,00	0,17%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	32.396.724,00	0,37%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	415.474,00	0,00%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	208.276.276,00	2,39%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	162.058.766,00	1,86%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	96.364.136,00	1,11%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	65.694.630,00	0,75%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**1.235.723.867,84**	**14,19%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	8.705.609.519,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	1.140.434.846,99	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	95.289.020,85	1,09%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		101,13%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	1.182.279.325,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	562.769.000,00	6,46%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	4.850.596,00	0,06%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	359.117,00	0,0041%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	2.533.302,00	0,03%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**346.749.709,00**	**3,98%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	8.705.609.519,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	208.934.628,46	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	137.815.080,54	1,58%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE

Relativamente ai Processi di verifica e validazione dei dati e di governo sui sistemi informativi, la Regione dichiara che la trasmissione delle informazioni e la relativa validazione sono centralizzate a livello regionale ad eccezione dei flussi per i quali è previsto un invio diretto da parte delle ASL.

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che il primo obiettivo "Coerenza Piano dei centri di costo con la struttura organizzativa" della griglia "Verifica e monitoraggio stato d'implementazione Co.An." risulta raggiunto al 100%. La Regione, infatti, ha operato un monitoraggio continuo sulle aziende che presentavano le criticità nell'adozione del Piano regionale e, offrendo un supporto con azioni quali la raccolta, l'analisi del flusso dei dati dei Centri di Rilevazione ad Interesse Regionale ed il raccordo degli stessi centri con il flusso A e DSA, le problematiche connesse alla coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa risultano superate.

La Regione, infatti, dichiara che le aziende hanno adottato azioni di revisione e aggiornamento del proprio piano aziendale per adeguarsi a quello regionale. Avendo inoltre trasmesso la scheda "Verifica e monitoraggio stato d'implementazione CO.AN" con il pieno raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti per il 2012, la Regione viene considerata adempiente.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso lo schema di contratto adottato per i Direttori Generali, in cui viene prevista la non confermabilità ai sensi dell'art. 3 comma 8 dell'Intesa del 23 marzo in caso di mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Il provvedimento di adozione dello schema in oggetto è stato trasmesso alla Giunta Regionale per l'approvazione in data 9 dicembre 2013. Si resta in attesa di ricevere l'adozione della delibera.

p) Dispositivi medici

P.1

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

P.2-P.3

Nell'anno 2012 la Regione risulta essere stata sempre presente alle riunioni del Gruppo di Lavoro Nazionale (6/6) istituito al fine della corretta implementazione dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici. In tale ambito la Regione ha condiviso i documenti "Linee Guida per il tracciato Unità di misura" e "Linee Guida per il tracciato Contratti" elaborati dai relativi Sottogruppi di Lavoro.

La diffusione delle informazioni agli operatori delle strutture sanitarie del territorio di competenza, come rilevato dai documenti allegati al Questionario è stata realizzata in modo ottimale registrando un miglioramento delle attività.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione non ha superato l'impegno, risalente alla verifica 2011, ad adeguare la normativa sulla compartecipazione alla spesa per la lungoassistenza ai disabili a quanto previsto dal DPCM LEA

(individuazione della quota di compartecipazione a carico del Comune pari al 60% laddove il paziente è privo di sostegno familiare) e a fornire chiarimenti su quanto di seguito richiesto:

- il livello di intensità assistenziale garantito rispettivamente ai pazienti internati gravi e ai pazienti internati, ovvero se ad essi corrisponda rispettivamente un trattamento di livello estensivo e un trattamento di lungoassistenza, di cui al DA 01611/13 del 2 settembre 2013
- trattamenti residenziali di lungoassistenza mantenimento a persone disabili: mancano i dati relativi ai pazienti trattati
- trattamenti residenziali a persone con disturbi mentali: la Regione sembrerebbe applicare la medesima tariffa per i trattamenti intensivi ed estensivi, mentre non viene indicata la quota sanitaria per trattamenti socio riabilitativi.

Con riferimento all'anno 2012, il punteggio totale riportato dalla Regione è di **16** punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale del disabile: 1 punto

Offerta assistenziale: 8 punti

Ripartizione degli oneri: 4 punti

Fornitura dati posti letto: 3 punti.

La Regione risulta adempiente con impegno a risolvere le criticità rilevate per il 2011 nonché a chiarire se sono attivi posti accreditati di lungoassistenza per malati cronici non autosufficienti e quanti sono (nella tabella riportata al punto S.1.2 del Questionario la Regione afferma che tale tipologia di offerta non è presente ma ha trasmesso documentazione con la quale si riferisce circa l'accreditamento di strutture di lungoassistenza).

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità e qualità del dato. In merito alla completezza si segnala la presenza di numerosi record scartati relativamente al tracciato "attività". Tuttavia, a tale proposito, sulla base della nota prot. 82358 del 5 novembre 2013 trasmessa dalla Regione, si prende atto dell'impegno profuso, confidando nel positivo esito delle azioni poste in essere dalla Regione.

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS. Relativamente alla completezza territoriale si segnala la presenza di molti scarti da parte di quasi tutte le ASL. La Regione risulta pertanto adempiente con l'impegno a risolvere le criticità rilevate.

Tuttavia, a tale proposito, sulla base della nota prot. 82358 del 5 novembre 2013 trasmessa dalla Regione, si prende atto dell'impegno profuso, confidando nel positivo esito delle azioni poste in essere dalla Regione. La Regione quindi è considerata adempiente.

<u>t) Tariffe ospedaliere</u>

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che sono stati adottati provvedimenti, con Decreto Assessoriale del 7 gennaio 2011; in particolare l'art.2 prevede l'abbattimento del 30% della tariffa al superamento del valore soglia di 60 giorni. Tale riduzione è stata confermata dal DA 923 del 14 maggio 2013 che recepisce il decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze del 18 ottobre 2012, allegato 2, tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera.

u) Piano nazionale della prevenzione

INADEMPIENTE
Il valore dell'adempimento per la Regione Sicilia risulta pari a 55 ovvero inferiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.

- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: INADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: INADEMPIENTE
- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza: INADEMPIENTE
- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: ADEMPIENTE
  Con Decreto Assessoriale n. 02531/11 è stata assegnata la somma di Euro 1.067.000,00 per il potenziamento dell'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro e, in particolare, per il potenziamento dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.PP. Una quota pari al 60% di tale somma è destinata all'acquisto di attrezzature, software, norme tecniche, autovetture, etc., nonché per la formazione del personale, mentre la rimanente quota del 40% è destinata alla realizzazione di progetti mirati di prevenzione. Le AASSPP hanno provveduto all'acquisto di attrezzature informatiche e/o didattiche, autovetture, norme tecniche, etc.
  In ordine al potenziamento qualitativo programmato il "Piano Straordinario per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" prevede uno stanziamento di 3 milioni e mezzo di Euro all'anno per il triennio 2010-2012, destinati al potenziamento sia delle attività di controllo e vigilanza nei luoghi di lavoro che di promozione della salute e sicurezza sul lavoro con iniziative di informazione, formazione, comunicazione e diffusione della cultura della sicurezza. Il potenziamento qualitativo è stato realizzato sia tramite l'incremento di diverse figure professionali che garantiscano la necessaria multidisciplinarietà nei servizi, sia tramite l'aggiornamento continuo degli operatori, sia tramite un provvedimento di riorganizzazione dell'area della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro nell'ambito del dipartimento di prevenzione delle aziende sanitarie provinciali. E' stata raggiunta la copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi in un anno.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE
La regione Siciliana ha risposto in maniera esaustiva a tutti i punti del Questionario. Per quanto riguarda il punto 3 "Manuale di accreditamento provider adottato dalla Regione", la Regione con DA 2847 del 28 dicembre 2012 ha recepito l'Accordo Stato Regioni del 2012, accreditando i provider regionali sulla base dei requisiti strutturali e funzionali indicati sulle "Linee guida per i manuali di accreditamento dei provider nazionali e regionali/province autonome", allegato al su indicato accordo; con il decreto del 23 dicembre 2013 è stato approvato il "Manuale di accreditamento dei provider regionali".

La Regione si considera adempiente, fermo restando che il citato manuale dovrà essere trasmesso alla Sezione I della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, nella quale opera il Comitato Tecnico delle Regioni, per la successiva approvazione.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE

X.1 Formalizzazione di una metodologia/procedura per il monitoraggio, nelle aziende sanitarie ed ospedaliere, dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale.

La Regione Siciliana dichiara di aver trasmesso il DA 496 del 13 marzo 2013 (che non risulta pervenuto) che approva le linee di indirizzo per i controlli sulle cartelle cliniche e il relativo piano annuale: dal 2012 il monitoraggio dell'appropriatezza clinica, con particolare riferimento all'implementazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, rientra nel sistema regionale per i controlli analitici sulle cartelle cliniche. Il Piano annuale 2012-2013 prevede i controlli su: antibioticoprofilassi, valutazione del rischio di tromboembolismo venoso, rilevazione e misurazione del dolore, appropriatezza per esecuzione parto cesareo, rischio caduta, scheda unica di terapia.

Specificatamente per l'ambito territoriale la Regione riporta la DA 2151/2010 (Accordo integrativo per l'assistenza primaria) che prevede la partecipazione dei MMG alla gestione integrata dei pazienti cronici (Diabete Mellito di tipo 2 e Scompenso Cardiaco sono definite patologie "target") e definisce, come sistema di monitoraggio, la condivisione e l'uso di specifici indicatori. Nel 2012 il monitoraggio ha riguardato quasi il 60% dei MMG di tutte le Aziende Sanitarie Provinciali e 2.800.000 persone assistite consentendo ai distretti di ottenere informazioni sulla gestione di tali soggetti nel proprio territorio.

Relativamente alla gestione delle patologie croniche nelle strutture territoriali, il DA 723/2010 aveva definito l'istituzione e la funzione degli Ambulatori di Gestione Integrata all'interno dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA).

Infine la Regione riporta la DA 118/2013 e la DA 166/2013 inerente gli accordi con le OO.SS. dei MMG e PLS sui flussi informativi.

X.2 Monitoraggio dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale nell'anno 2012.

La Regione effettua il monitoraggio sia in ambito ospedaliero che territoriale. Il controllo viene effettuato su tutte le strutture pubbliche e private accreditate e viene tracciato tramite un applicativo web dedicato.

X.3 Esistenza a livello regionale di una funzione (ufficio/servizio/gruppo di lavoro) che svolge regolarmente la raccolta e l'analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.

E' il Servizio 5 DASOE che svolge l'attività di raccolta e analisi dei dati desunti dal monitoraggio.

y) LEA aggiuntivi

INADEMPIENTE

La Regione dichiara di non garantire prestazioni aggiuntive.

Quanto dichiarato nel Questionario non coincide con quanto indicato nel modello LA – allegato 5 relativo all'anno 2012 dal quale risulta, invece, che la Regione garantisce numerose prestazioni.

La Regione, con nota dell'8 novembre 2013, comunica che sono stati chiesti chiarimenti alle Asl relativamente ai dati inseriti nell'allegato 5 al modello LA.

Secondo quando indicato dalla Regione, alcune Asl hanno provveduto a rettificare l'allegato, mentre altre hanno confermato la correttezza dei dati.

La Regione, alla luce di quanto sopra, si impegna a chiedere a ciascuna azienda una certificazione per "verificare che i costi relativi alle prestazioni erogate non siano a carico del SSR".
In data 17 gennaio 2014 la Regione trasmette una nuova nota, nella quale riporta la tabella riepilogativa dei dati indicati dalle aziende sanitarie nei rispettivi allegati 5 del modello LA/2012 riformulati.
La Regione specifica, di nuovo, che sta provvedendo a chiedere a ciascuna Azienda sanitaria apposita certificazione in ordine alla non incidenza dei relativi costi sul SSR.
Con nota del 19 febbraio 2014, poi, la Regione, a seguito dei riscontri forniti dalle Aziende sanitarie interessate, comunica che risultano garantite in ambito regionale una serie di prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto ai livelli di assistenza definiti con DPCM 29 novembre 2001.
Alcune prestazioni ulteriori garantite (vaccinazioni non obbligatorie in caso di soggiorni all'estero, certificazioni mediche, prestazioni specialistiche di agopuntura) sono "a carico dell'utente", mentre altre (farmaci di fascia C per persone affette da malattie gravi, rimborso spese viaggio e soggiorno per cure mediche, vaccini desensibilizzanti specifici) sono a carico, se pur a determinate condizioni e per costi ritenuti marginali, delle "entrate proprie delle Aziende sanitarie".
Si fa presente, in via preliminare, che le prestazioni i cui costi sono interamente posti a carico dell'utente non possono essere qualificati come livelli ulteriori di assistenza e, dunque, sono impropriamente inserite nell' allegato 5 del modello LA.
In ordine alle prestazioni ulteriori poste a carico delle entrate proprie delle Aziende, peraltro non meglio identificate, si ribadisce che in ogni caso la Regione non può garantire livelli ulteriori di assistenza.

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE
La Regione ha adempiuto a quanto richiesto. In data 6 maggio 2011 ha presentato una proposta di Accordo di programma, del valore di 983,5 MEuro nel quale è previsto un investimento sulle tecnologie per una somma pari al 15,9% del valore complessivo. Il Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità ha espresso parere favorevole nella seduta del 12 ottobre 2012. Successivamente, la proposta di Accordo di programma è stata trasmessa in data 20/11/2012 al Ministero dell'economia e delle finanze per l'acquisizione del prescritto assenso tecnico-finanziario.

ah) Accreditamento istituzionale

INADEMPIENTE
La Regione ha concluso entro il 31 dicembre 2012 l'iter di accreditamento istituzionale ed ha espletato le verifiche in loco presso le strutture esaminate.
La Regione acclude dettagliata relazione sulle disposizioni adottate con il decreto 16/2012 con il quale si prevedeva un accreditamento transitorio per le strutture "case di riposo e case protette" che avessero presentato apposita domanda secondo le previsioni del citato decreto.
La Regione non ha accluso la relazione numerica sulle strutture accreditate istituzionalmente in via definitiva, né il numero di quelle in valutazione e di quelle per le quali non si è concesso l'accreditamento.
Successivamente la Regione trasmette una breve relazione inerente le strutture socio sanitarie private operanti per conto del SSR, in particolare asserisce che a tali strutture è stato concesso un provvedimento di accreditamento transitorio.
All'uopo si riporta il testo della legge n. 296/2006, art. 1 comma 796 lettera t), che reca: " *t) le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2010 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'articolo 8-quater, comma 7, del*

decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992."
La Regione avrebbe dovuto concludere l'iter relativo all'accreditamento delle suddette strutture e non limitarsi ad adottare un provvedimento di accreditamento transitorio che non appare soddisfacente; viene quindi considerata inadempiente.

aj) Sperimentazioni gestionali

ADEMPIENTE
La regione Siciliana ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali indicando due sperimentazioni gestionali: "ISMETT", conclusa ed in attesa del riconoscimento quale IRCCS, e "Fondazione Maugeri", la cui natura giuridica è la Convenzione.
Con riferimento alla "Fondazione San Raffaele Giglio" la Regione non inserisce tale sperimentazione nella scheda e comunica che l'"Assessorato sta procedendo a una revisione complessiva della materia al fine di definire le procedure di chiusura della sperimentazione".
In data 11 settembre 2013, è stato richiesto alla Regione di provvedere all'inserimento nella scheda del questionario di quest'ultima sperimentazione poiché, al 31 dicembre 2012, la stessa risultava ancora in corso chiedendo, conseguentemente, di trasmettere la relazione annuale di verifica.
Successivamente la regione Siciliana ha trasmesso una nota in cui fornisce indicazioni in merito alla situazione della Fondazione "San Raffaele Giglio".
La nota esplicita che la proposta operativa sull'assetto organizzativo della Fondazione, riportata in nota in maniera sintetica, sarà sottoposta alla Giunta Regionale in tempi brevi. In nota è inoltre specificato che la Regione fornirà successivi aggiornamenti.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

ADEMPIENTE
La Regione ha indicato ed allegato il DA 1629 del 09 agosto 2012, che prosegue il processo di riorganizzazione della rete laboratoristica avviato dalla Regione.
Tale decreto era stato sospeso da un provvedimento di sospensione del TAR Sicilia la cui udienza era fissata per il 24 ottobre 2013; la Regione ha trasmesso una nota in cui fornisce informazioni in merito alla prosecuzione dell'iter giudiziario.
La Regione ha indicato ed allegato la normativa sul service di laboratorio (DA 2674/09) e ha risposto ai quesiti del Questionario relativi alla medicina di laboratorio.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE
La Regione Siciliana ha trasmesso la documentazione relativa ai controlli dell'attività ospedaliera 2012 prevista dalla Circolare del MdS n. 5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche".
Si evidenzia la presenza di incongruenze tra quanto descritto nel Questionario e quanto riportato nelle tabelle 1 e 2 allegate, relativamente alla numerosità dei ricoveri erogati dalla Regione, la mancata separazione per strutture pubbliche e private accreditate dei dati sui controlli riportati nelle suddette tabelle e la presenza di errori di formattazione nella compilazione delle stesse.
Con nota prot. 12390 del 7 febbraio 2014 la Regione trasmette la documentazione con le opportune rettifiche e viene, pertanto, considerata adempiente.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione ha certificato il dato della spesa protesica anno 2011, che risulta non coerente con i dati del modello LA. La Regione ha motivato la differenza attribuendola al noleggio di alcuni beni e agli ammortamenti di alcuni cespiti.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
In seguito all'analisi della documentazione trasmessa dalla Regione, la stessa viene considerata adempiente con impegno a documentare, come del resto espressamente richiesto dal Questionario di verifica, le riferite iniziative in tema di informazione.

AO.2
ADEMPIENTE
Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice") la Regione ha inviato un Piano di Adeguamento in data 5 ottobre 2012 in cui dichiarava che avrebbe inviato i dati a partire dal 1 gennaio 2013. La Regione ha trasmesso al NSIS i dati di attività per il I trimestre 2013.

AO.3
ADEMPIENTE
Relativamente all'attivazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia la Regione è ritenuta adempiente.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE
La Regione invia una relazione sull'attuazione del DPCM del 1 aprile 2008; in particolare informa di aver trasmesso alla Commissione paritetica la bozza delle "Norme di attuazione dello Statuto Speciale della Regione siciliana in materia di sanità penitenziaria", rivista alla luce dei rilievi formulati dalle amministrazioni centrali per la prosecuzione dell'iter.
E' stata avviata la puntuale ricognizione del personale oggetto di trasferimento alla data del 31 dicembre 2012 (definita dalla Regione per l'individuazione dei soggetti in servizio da trasferire).
Gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl hanno consentito nel 2012 la dimissione di 42 (su 55) degli internati in OPG per i quali è stata disposta la proroga della misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno. La Regione informa che per 27 soggetti la misura di sicurezza alternativa è stata successivamente revocata.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE
Dall'analisi della documentazione pervenuta risulta quanto segue.

AS.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali.
La Regione ha effettuato nel 2012 il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni aderendo al monitoraggio Agenas.

AS.1.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici.
La Regione ha effettuato una ricognizione delle strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici.

AS.1.3 Iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari relative alle Raccomandazioni ministeriali.
La Regione ha attivato eventi per la formazione rivolte agli operatori sanitari in coerenza con le attività di gestione del rischio regionale nel corso del 2012.

AS.2 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria.
La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia, dall'indagine è emerso che 303 UO chirurgiche regionali su336 utilizzano la Checklist di chirurgia

AS.3 Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES.
La Regione ha aderito al sistema di segnalazione degli eventi sentinella.
La Regione ha trasmesso in data 20 dicembre 2013 la GU della Regione Siciliana n.50 dell'8 novembre 2013 relativa alla "Approvazione del Programma regionale per appropriatezza e gestione complessiva della terapia antitumorale".

Si fa presente che la Regione Siciliana, in considerazione della elevata tossicità legata ai farmaci antiblastici e a causa della gravità degli errori che possono verificarsi nel corso delle terapie antiblastiche, ha ritenuto importante predisporre un progetto per l'implementazione di un modello di governo clinico integrato per la migliore garanzia di sicurezza, appropriatezza e gestione della terapia antitumorale.
Tale iniziativa appare ben strutturata in quanto coinvolge i diversi attori non solo a livello regionale ma anche a livello locale nonché delle società scientifiche, viene inoltre definito il cronoprogramma nonché le strutture coinvolte.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea
La Regione ha trasmesso la documentazione prevista dall'adempimento in oggetto, non rispettando la tempistica prevista dal decreto prevista per la trasmissione (26/06/2013). Non è stato, inoltre, adottato il PAC con atto formale. Per talune azioni non è prevista una scadenza, ma viene riportata la periodicità di esecuzione dell'azione individuata (mensile, trimestrale, annuale).

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che sono stati implementati 17 CUP a livello aziendale. Relativamente al CUP unificato la Regione dichiara che, come previsto dalle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010, recepite dalla Regione siciliana con DDG 1251/2011, in una prima fase sono state avviate le attività connesse all'unificazione delle istallazioni CUP esistenti presso le Aziende ASP di Palermo, ASP di Trapani e ARNAS Civico di Palermo che hanno aderito al progetto CUP-SSRS attraverso il profilo di utilizzo del sistema regionale.
Tale attività ha riguardato preliminarmente una verifica della connettività e delle performance generali delle applicazioni esistenti presso le stesse Aziende che, nel contempo, hanno predisposto e definito le agende delle prestazioni sanitarie da porre in circolarità sovraziendale.
Il sovraCUP Unificato per le suddette Aziende è stato avviato il 3 giugno 2013. Relativamente al CUP integrato la Regione dichiara altresì di aver avviato una ricognizione per conoscere le modalità con cui le Aziende del SSR intendono aderire al progetto CUP–SSR.

Tale modalità prevede:

a) l'utilizzo di un SovraCUP nativo messo a disposizione delle Aziende Sanitarie;
b) l'integrazione di applicazioni già presenti presso le Aziende con la SovraCUP regionale.

Dalla ricognizione suddetta è emerso che intendono aderire al progetto CUP-SSRS attraverso il profilo di integrazione le seguenti Aziende sanitarie: ASP di Agrigento, ASP di Caltanissetta, ASP di Enna, ASP di Messina, AOU di Messina, AOR Papardo-Piemonte di Messina, IRCCS Pulejo di Messina, AOR Villa Sofia-Cervello di Palermo, ASP di Ragusa e ASP di Siracusa.

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la salute mentale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, risulta che la Regione ha inviato i dati riferiti a tutte le ASL per tutto il periodo in esame; si rilevano tuttavia criticità in merito alla qualità di alcune informazioni.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE
La Regione dichiara di aver avviato il progetto tecnologico FSE e predisposto il percorso di adesione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.
Relativamente alla copertura territoriale non è possibile fornire una valutazione in quanto il progetto è ancora nella fase di avvio.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE
AAE.1
Per quanto riguarda la ricognizione dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta, è stata presentata la relativa documentazione che attesta l'effettuazione della medesima. La Regione dichiara che l'avviamento delle visite di verifica dei Servizi Trasfusionali e della Unità di raccolta è previsto per novembre 2013, ma sono state già eseguite visite di audit presso tutte le strutture.

AAE.2
In relazione all'assegnazione di fondi per il funzionamento della Struttura di Coordinamento non viene presentata alcuna documentazione, anche se la Regione ha risposto affermativamente all'apposito quesito del Questionario.
Per quanto riguarda l'attribuzione delle funzioni alla struttura di coordinamento, è stata trasmessa adeguata documentazione.

AAE.3
E' stato recepito l'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 (Linee guida di accreditamento); la Regione trasmette inoltre la documentazione relativa alla razionalizzazione delle attività della rete trasfusionale.

aaf) Percorso nascita

INADEMPIENTE

La Regione Siciliana ha inviato al Comitato Percorso Nascita Nazionale la relazione richiesta circa lo stato di attuazione delle Linee di indirizzo contenute nell'Accordo del 16 dicembre 2010 specificamente individuate dal Questionario.

Il suddetto documento faceva riferimento al Piano Sanitario Regionale 2011-2013, che prevedeva la messa in sicurezza dei punti nascita e il miglioramento della qualità dell'assistenza al parto e al neonato, e al Decreto Assessoriale di riorganizzazione del percorso nascita (DA 2536 del 2 dicembre 2011) che prevedeva l'individuazione di 42 punti nascita, portati successivamente a 43 da un successivo Decreto (DA 8 marzo 2013), così suddivisi: 15 Punti nascita di II Livello e 28 Punti nascita di I Livello.

La relazione si configurava come una dichiarazione di intenti, in linea con le azioni da implementare in base al succitato Accordo, ma priva di riferimenti puntuali sullo stato di attuazione delle attività di cui si chiedeva riscontro nel Questionario e di un eventuale cronoprogramma. Mancavano inoltre indicazioni su STAM e STEN dalle quali poter evincere se, allo stato attuale, la rete fosse interamente a regime e operativa. Nella relazione si citava inoltre la definizione di un piano di riqualificazione delle neonatologie con particolare riferimento ai requisiti organizzativi, tecnologici e alla formazione, soprattutto per le Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN). Tale piano non era allegato e non era pertanto possibile esprimere un parere di conformità o di difformità rispetto ai requisiti dettati negli specifici allegati tecnici dell'Accordo del 2010 riferiti alle unità pediatriche/neonatologiche di I e II Livello.

Relativamente al punto "integrazione territorio ospedale", nella relazione trasmessa si parlava di garanzia di continuità assistenziale, mediante il perseguimento di modelli che consentano la distinzione tra gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio, di sinergia tra ospedale e territorio mediante tutti i servizi attivi nell'ambito materno infantile, tuttavia non venivano forniti documenti che attestassero la realizzazione di attività in tal senso.

Circa l'implementazione delle Linee guida relative alla gravidanza fisiologica ed al taglio cesareo elaborate da SNLG-ISS ed implementazione della Raccomandazione per la prevenzione della mortalità materna elaborata dal Ministero della salute, la Regione ha trasmesso l'Agenda della Gravidanza, ma, relativamente alle attività poste in essere dalla Regione per la diffusione delle Linee guida dell'ISS e della Raccomandazione per la prevenzione della mortalità materna rimandava alla risposta fornita al punto relativo all'implementazione dei PDT. In tale punto però non vengono forniti elementi che permettano di rilevare la congruità del suddetto PDT rispetto all'implementazione delle Linee guida sul parto fisiologico e sul taglio cesareo e sulla Raccomandazione summenzionata.

Relativamente alle procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto la Regione dichiarava nella relazione trasmessa di aver avviato un progetto per l'attivazione dell'analgoanestesia presso tutti gli ospedali sedi di punti nascita, ma non ha allegato atti deliberativi ed eventuale cronoprogramma che possano consentire di conoscere il livello di attuazione di questo specifico punto contenuto nell'Accordo del 16 dicembre 2010.

Infine, circa la formazione degli operatori la Regione dichiarava che l'intervento di riorganizzazione dei punti nascita prevede una specifica formazione del personale già avviata presso le Aziende sanitarie, ma non forniva atti deliberativi in tal senso, né ulteriori elementi

Infine la Regione dichiarava di non aver effettuato deroghe rispetto a punti nascita con numero di parti inferiori a quelli definiti dall'Accordo del 16 dicembre 2010, e ciò appare in contrasto con quanto desumibile dalla fonte informativa Cedap 2012 che mostra la presenza di 18 Punti Nascita con meno di 500 parti/anno attivi, tra cui Lipari e Pantelleria.

Dalle integrazioni inviate successivamente dalla Regione, non è stato possibile evincere, al di là della presa d'atto della chiusura di alcuni dei punti nascita presenti nel territorio con numero di parti inferiore a 500/anno, quale sia stato nel 2012 e nel 2013, lo stato di avanzamento del processo di riorganizzazione del percorso nascita previsto dal DA 2536/2011. A tal riguardo, nella relazione integrativa si rimanda la messa a punto del cronoprogramma di attuazione di tale riorganizzazione, compresa la dismissione degli ultimi punti nascita non previsti dal DA 2536/2011, a quanto sulla materia è previsto dal POCS 2013-2015 (che comunque non contiene una tempistica puntuale della riorganizzazione dei punti nascita). Relativamente ai punti nascita di Pantelleria e Lipari, che la Regione ha dichiarato ancora attivi e per i quali "si sta procedendo alla verifica dei requisiti previsti dall'Accordo del 16 dicembre 2010", non vengono fornite informazioni circa la durata della verifica nonché le azioni che la Regione, nelle more di tale verifica, intenda attuare per assicurare e garantire la sicurezza della madre e del nascituro in tali strutture.
La Regione ha dichiarato, infine, che il Sistema di trasporto materno assistito e di emergenza neonatale (STAM/STEN) non è ancora interamente a regime e che i punti già individuati dal DA 2536/2011 subiranno presumibilmente delle variazioni ma non ha definito una tempistica. Analogamente può dirsi relativamente alla linea di attività "Integrazione ospedale territorio", ossia tale percorso non è ancora completato e attivo in tutto il territorio regionale, e non è fornito il richiesto cronoprogramma, mentre si fa un generico riferimento alla attivazione di alcune attività ambulatoriali e consultori all'interno di PPOO, sede di punti nascita dismessi.
Nulla è stato riferito in merito ad attività formative sullo specifico argomento del percorso nascita attuate nel 2012.

Infine, la Regione Siciliana ha inviato i seguenti Decreti Assessoriali:

- DA 9 agosto 2013, che fa riferimento alla determinazione della dotazione organica dei punti nascita; tale decreto contiene nelle sue direttrici anche: mantenimento dei punti nascita che, pur al di sotto dei 500 parti/anno, rispondono alle caratteristiche di zona montana e/o disagiata e/o con notevole distanza dalle strutture HUB, assicurando tuttavia gli standard previsti per i punti nascita di I Livello di cui al DA 2536. Tale decreto non appare in linea sia con quanto contenuto nel DA 2536 che prevede la possibilità di pervenire a deroghe al limite di 1000 parti/anno, mantenendo tuttavia PN con almeno 500 parti/anno, sia con quanto concordato dalla Regione Sicilia nell'Accordo del 2010 (sulla base di difficoltà oro-geografiche possibilità di persistenza di punti nascita con numerosità inferiore ai 1000 parti cui tendere nel triennio, comunque non al di sotto dei 500 parti/anno).

  Si sottolineano inoltre alcuni elementi. Pur non entrando nel merito delle scelte regionali, il mantenimento di punti nascita con volumi di attività inferiori a 500 parti/anno, che devono garantire standard di qualità e sicurezza come previsto dall'Accordo del 2010, non controbilanciato da un adeguato numero di casi trattati, si configura come un elemento di inappropriatezza organizzativa. Infatti una dotazione organica sovrastimata rispetto al numero di parti annui comporta costi di gestione di conseguenza elevati a fronte di un contesto sanitario regionale che presenta ancora elementi di criticità.
- DA 10 dicembre 2013 (Modifica ed integrazione del decreto 2 dicembre 2011 n. 2536: Riordino e razionalizzazione della rete dei Punti nascita), di cui è stata presa visione, valutando che i tempi fissati dal DA 2536 per l'adeguamento delle strutture ai requisiti fissati dall'Allegato tecnico 3 del medesimo DA (standard per la riorganizzazione delle UO di ostetricia e delle unità operative di pediatria/neonatologia e Terapia intensiva neonatale), sono risultati insufficienti a consentire ad alcune strutture il completamento dei lavori entro il termine previsto (30/9/2012). Tale decreto, ha posticipato al 31 dicembre 2014 il termine per l'adeguamento ai requisiti strutturali previsti dall'Allegato 3 del DM 2536 sia per le strutture pubbliche che per quelle private.

Pertanto, avendo la regione Sicilia posticipato alla fine del 2014 la riorganizzazione del percorso nascita, non è possibile esprimere una valutazione positiva per l'anno 2012; le azioni poste in essere appaiono riduttive, sia rispetto alla scadenza dell'accordo prevista per il 2013, sia per la particolare criticità dei punti nascita presenti sul territorio regionale sia, infine, per gli atti normativi regionali che appaiono poco incisivi e dilatori rispetto al tema.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Regione ha individuato la rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza, con il relativo atto formale istitutivo; si sottolinea che non sono indicati i Punti di Primo Intervento, né la loro articolazione organizzativa all' interno delle singole ASL e che il numero dei DEA di II livello risulta sproporzionato in eccesso rispetto ai DEA di I livello, per singola provincia.

Ha identificato la rete dell'emergenza territoriale specificando il numero di CO per area geografica di competenza. Non si prevedono riduzioni del numero delle CO 118.

Mancano dettagli sulle modalità di integrazione tra la componente territoriale e quella ospedaliera.

La Regione rimanda al Piano operativo per la implementazione ed il completamento delle reti per le patologie tempo-dipendenti e la loro articolazione A tutt'oggi tale rete non risulta completata in maniera omogenea sul territorio regionale. In particolare, si segnala la grave criticità presente nella macro-area di Messina, nella quale diversi comuni e relativi abitanti risulterebbero esclusi dall'accesso al trattamento gold standard della sindrome coronarica acuta.

La Regione trasmette documentazione integrativa, che fornisce solo parzialmente le informazioni mancanti.

Si richiedono maggiori dettagli sulle modalità di integrazione tra 118 e Continuità Assistenziale, sul superamento delle criticità relative alla rete SCA regionale, e sull'organizzazione del modello Hub & Spoke per l'emergenza (numero dei DEA di I e II livello).

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato e per la completezza territoriale. Relativamente alla qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS si rilevano criticità nella valorizzazione della Asl di residenza e della Regione di residenza.

Sulla base della nota prot. 82358 trasmessa dalla Regione in data 5 dicembre 2013 e della verifica dei dati presenti su NSIS si riscontra l'integrazione dei dati. Permane la criticità relativa ad una sola centrale operativa per il 2012. Alla luce dei dati inviati per il 2013 si prende atto che la Regione ha positivamente superato tale criticità.

AAG.3

ADEMPIENTE

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 15 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21), situazione identica a quella del 2011.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

La Regione fornisce un prospetto con il numero dei medici (MMG e PLS) e la relativa percentuale sul totale dei medici, impegnati nelle forme associative semplici, in rete e di gruppo, presenti nelle

singole Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) dal quale si evince che la forma associativa maggiormente rappresentata sull'intero territorio regionale risulta essere l'associazionismo in rete sia per la Medicina Generale che per la Pediatria di Libera Scelta.
Nello stesso prospetto è rappresentata la percentuale dei medici che utilizza la scheda individuale su supporto informatico prossima al 100%. La partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche ha subito un recente deciso incremento dei valori percentuali giunti al 75%. I modelli organizzativi complessi per l'erogazione delle Cure Primarie, fanno riferimento ai Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) introdotti con la LR 5/2009, ed attivati sull'intero territorio regionale nel numero di 50 con lo scopo di sviluppare nuovi servizi.
Tra i principali servizi presenti nell'ambito dei PTA figurano il Punto Unico di Accesso (PUA), le postazioni di ascolto di continuità assistenziale (ex guardia medica) nonché l'ambulatorio di continuità assistenziale H12.
Sono forniti gli indicatori richiesti riguardo la partecipazione dei medici alle AFT (98% dei MMG e 63% dei PLS).

aai) Riabilitazione

AAI.1

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Con nota prot. 15868 del 19 febbraio 2014 la Regione ha individuato nel documento intitolato "Il Piano della Riabilitazione", allegato al decreto regionale 26 ottobre 2012 (GURS n. 54 del 21 dicembre 2012) lo strumento utile per illustrare le proprie iniziative in tema di riabilitazione e per consentire la formulazione del giudizio a riguardo degli impegni assunti in materia per l'anno 2012.
Il documento risulta di grande interesse e attualità in quanto persegue il fine di ridisegnare con il modello "Hub and Spoke" l'intera rete di assistenza riabilitativa nella Regione, definendo i criteri di eleggibilità per l'erogazione degli interventi riabilitativi suddivisi in base al setting assistenziale e la strutturazione di specifici percorsi in stretta relazione con le condizioni cliniche degli utenti.
La Regione, tuttavia, non fornisce le informazioni richieste circa le iniziative di comunicazione e condivisione del Piano con le Asl del territorio, le procedure di controllo adottate sui collegamenti funzionali tra le strutture di ricovero e i servizi socio-assistenziali territoriali né in merito agli strumenti che la Regione utilizza per il monitoraggio delle nuove procedure illustrate nel provvedimento regionale.
La Regione viene considerata adempiente con impegno a produrre dati per verificare l'attuazione dei provvedimenti adottati.

AAI.2

La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	20,0%	16,1%	17,3%	14,7%	17,3%	13,5%
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	17,1%	10,7%	10,5%	10,2%	9,5%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	9,0%	8,7%	9,1%	9,3%	8,6%	9,1%

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE
La Regione Siciliana risulta adempiente in quanto sufficiente per 4 item su 5.
Tra le criticità si segnala, tra gli indicatori di performance, un livello di attività insoddisfacente per il controllo della Brucellosi nella popolazione animale e la percentuale dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione (76%).
Ha conseguito, per i flussi informativi veterinari, un buon livello di adempienza (sufficiente con un punteggio pari al 76,5% e 4 indicatori vincolanti su 6), con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione. Tra le criticità si segnala, in particolare, un livello insufficiente sia per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili nonché il livello di attività per i controlli riguardanti le encefalopatie dei ruminanti.
Si segnala inoltre un livello di attività inadeguato in merito al controllo ufficiale per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale, oltre che la mancata trasmissione dei dati relativi alle somme percepite e ai costi sostenuti per l'attività di controllo ufficiale.

aak) linee giuda per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
Con la DDG 01056/2013 la Regione recepisce le Linee guida nazionali per la dematerializzazione clinica in diagnostica per immagini di cui all'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sancita nella seduta del 4 Aprile.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1
Si rinvia al punto l) Controllo spesa farmaceutica per la valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea
La Regione Siciliana ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare una riduzione dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR), nel corso del triennio 2010-2012, sebbene non vengano ancora rispettati i tetti prefissati per entrambi le voci di spesa (14,19% per l'assistenza territoriale rispetto al tetto del 13,1% e 3,98% per l'assistenza ospedaliera rispetto al tetto del 2,4%). La Regione ha ancora importanti margini di miglioramento nella regolazione della propria spesa farmaceutica rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 15,5% del FSR.

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica territoriale la Regione ha ottenuto una minima riduzione della spesa nel triennio 2010-2012, tramite interventi incentrati principalmente sulla verifica dell'appropriatezza prescrittiva, provvedendo a migliorare la tracciabilità delle prescrizioni suggerite e attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro in ciascuna AA.SS.PP. per la verifica delle prescrizioni dei farmaci erogati in regime di convenzione. L'impatto economico di tali interventi sono quelli previsti dal Piano Operativo 2010-2012, comunque insufficienti nel riportare la spesa farmaceutica territoriale all'interno del margine del 13,1% del FSR stabilito.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la Sicilia evidenzia un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR, nonostante le misure di governo della spesa adottate. La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, che aggiorna con una periodicità di circa 45 giorni, senza trasmetterlo all'AIFA. Infine, la Regione Siciliana ha garantito

l'accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in anticipo rispetto ai tempi medi nazionali per quanto riguarda il Mozobil®, ma con sostanziale ritardo per il Gilenya®.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi ricadente nel periodo indicato.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del periodo indicato.

Toscana

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli previsti dall'adempimento in oggetto.

Dalla verifica degli stessi erano emerse notevoli differenze tra il modello LA-CE sia per singolo aggregato di costo, sia in termini di mobilità intraregionale ed extraregionale. Nel confronto CE-SP si evincono differenze sia per le rimanenze, sia in relazione all'utile, che impatta anche sul consolidamento; manca inoltre la riconduzione ai singoli livelli di assistenza per l'allegato 5 e 6 al modello LA. Per tali elementi è stato chiesto alla Regione di effettuare le opportune verifiche e superare le discrepanze.

Successivamente la Regione ha provveduto a risolvere le incongruenze risultanti dal controllo di verifica dei modelli CE-LA e CE-SP, nonché la mancanza della riconduzione degli allegati 5 e 6 ai singoli livelli di assistenza.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La copertura dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sul flusso informativo SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010). In particolare si segnalano criticità sulla percentuale di compilazione dei campi "data di prenotazione" e "classe di priorità".

La qualità dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sul flusso informativo SDO – Scheda di Dimissione ospedaliera. In particolare si segnalano criticità sulla qualità di compilazione dei campi "intervento secondario errato", "diagnosi principale errata" e "diagnosi secondaria errata".

Si segnala che la Regione non ha ancora effettuato la validazione dei flussi informativi ai sensi del DM 5 dicembre 2006 – Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

La Regione deve integrare la banca dati NSIS. Deve in particolare eliminare le criticità nei flussi informativi SDO – Scheda di Dimissione ospedaliera e compilazione dei nuovi campi della SDO. Si chiede di procedere alla validazione dei flussi informativi ove non validati.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Toscana con un punteggio pari a 193 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia delle criticità per gli indicatori relativi alla vaccinazione per MPR ed antinfluenzale nell'anziano, al controllo sanitario su alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione ed alla percentuale di anziani in ADI.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla Base Dati nazionale risulta che, a gennaio 2013, la Regione Toscana ha una dotazione di 13.338 posti letto, pari a 3,6 per 1.000 abitanti, di cui 3,28 per pazienti acuti (12.116 posti letto) e

0,33 per riabilitazione e lungodegenza (1.222 posti letto). Tali dati, con una lieve eccedenza per gli acuti, sono in linea con lo standard nazionale.
In relazione alla tematica inerente l'offerta dei posti letto regionali, la Regione non risulta aver trasmesso documentazione.

F.2
ADEMPIENTE
La Base Dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 147,05 nel 2010, di 140,15 nel 2011 e di 137,38 nel 2012.
La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è lievemente eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, con un differenziale di 1,5 nel 2010 (26,5%), 1,3 (26.3%) nel 2011 e 0,8 nel 2012 (25,8%).
In riferimento alla tematica in questione, la Regione non risulta aver trasmesso documentazione.

g) Appropriatezza

A soli fini informativi, la regione Toscana, per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza, non presenta alcuna situazione critica. L'1,8% dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza.

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
H.1 Monitoraggio ex post
La Regione effettua il monitoraggio ex post. Dai dati pervenuti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), in base alle Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa del dicembre 2010, risulta la non soddisfacente valorizzazione dei seguenti campi.

- Campo Classe di priorità della prestazione: 64,64% (I semestre); 71,38% (II semestre)
- Campo Prestazione in primo accesso: 77,07% (I semestre); 66,72% (II semestre)

Si ricorda che la prenotazione per classi di priorità, oltre a differenziare l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente, denota un'attenzione da parte dei medici prescrittori a questa "buona pratica" richiesta da anni e prevista anche dalla Regione stessa, che aveva sottolineato questa necessità nella nota di impegno pervenuta per la valutazione dell'anno 2011. Infatti, l'indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del medico prescrittore; la valorizzazione del campo "classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso.
Inoltre, non risulta possibile calcolare l'indicatore dei Tempi di Attesa previsto per una valorizzazione dei campi > del 90% .

H.2 Monitoraggio ex ante
I dati pervenuti riguardano la rilevazione aprile 2012 e la rilevazione ottobre 2012. Le soglie di garanzia risultano essere:

- % di garanzia Classe B Aprile 86,30%
- % di garanzia Classe D Aprile 97,41%
- % di garanzia Classe B Ottobre 86,43%
- % di garanzia Classe D Ottobre 79,88%

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero.

- Campo Data Prenotazione:
  - Regime ordinario. Campi compilati correttamente 71,57%.
  - Regime DH. Campi compilati correttamente 35,26%

- Campo Classe di priorità:
    - Regime ordinario. Campi compilati correttamente 56,30%
    - Regime DH. Campi compilati correttamente 31,77%

H.4 Monitoraggio delle sospensioni
La Regione invia regolarmente le sospensioni delle erogazioni di prestazioni che rientrano nelle caratteristiche previste dalle Linee Guida ministeriali. Per quanto attiene ai possibili interventi da attuare per sopperire ai disagi degli assistiti in caso di sospensione non si hanno allo stato attuale riferimenti.

H.5 Monitoraggio PDT complessi
Dall'esame dei dati pervenuti risulta che il monitoraggio viene effettuato.
Va comunque ribadito che la Regione ha fornito ampie spiegazioni sulle criticità emerse durante la valutazione dell'anno precedente in particolare modo proprio sul monitoraggio ex post. Veniva riferito che era in fase di completamento il processo di digitalizzazione della prescrizione e l'adeguamento dei software in uso alla Medicina Generale per consentire l'individuazione automatica delle classi di priorità.
Si chiede quindi alla Regione di inviare ulteriori chiarimenti sul punto H1 e gli interventi volti a superare le criticità, l'impegno a migliorare il monitoraggio dei ricoveri soprattutto per il regime di DH e le indicazioni circa gli interventi da mettere in atto in seguito alle sospensioni.

La Regione Toscana ha inviato la documentazione richiesta dalla cui analisi si constata la messa in atto di numerosi interventi (in proseguimento anche a quanto già dichiarato nel 2012 per risolvere i problemi emersi nel corso della valutazione del 2011) che riguardano i monitoraggi ex post, ex ante e delle attività di ricovero; si ritiene necessario valutarne gli esiti nel corso del 2014.
Per quanto concerne le iniziative che si intendono mettere in atto per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni, è necessario acquisire un report riepilogativo, in questo caso per Area vasta, dal momento che tale governo è demandato alle Aziende sanitarie per il tramite dell'Area vasta di riferimento, così come dichiarato.

Per quanto esposto la Regione Toscana risulta per l'anno 2012 adempiente con impegno a superare le criticità sopracitate ed inviare il report delle iniziative messe in atto per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione delle prestazioni a completamento della presente certificazione.

I) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea
La Regione Toscana ha evidenziato nel 2012 una spesa farmaceutica territoriale di 797,2 milioni di Euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 13,1% del Fabbisogno sanitario regionale dello -1,38% (-94,2 milioni di Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2012 risulta superiore rispetto a quella inizialmente prevista dall'AIFA ai sensi dell'art.5, comma 4, della L.222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art. 5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 382,9 milioni di Euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno sanitario regionale del 3,23% (+219,6 milioni di Euro).
La Regione Toscana evidenza una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 125,4 milioni di Euro.
La Regione, pur rispettando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, evidenza il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.

Pertanto, per il parere finale si rimanda alla valutazione congiunta Tavolo adempimenti- Comitato LEA del Ministero della Salute – Ministero dell'Economia e delle Finanze, al fine di verificare la compensazione dei disavanzi della spesa farmaceutica con altre voci di spesa del Servizio sanitario regionale, o di altre voci del bilancio regionale.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: TOSCANA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	519.825.759,38	7,64%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	9.245.319,00	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	17.064.796,00	0,25%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	317.758,00	0,00%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	246.663.874,00	3,62%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	57.320.167,00	0,84%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	12.040.089,00	0,18%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	45.280.078,00	0,67%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**797.181.927,38**	**11,72%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	6.804.777.474,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	891.425.849,09	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-94.243.921,71	-1,38%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	770.300.151,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	639.935.000,00	9,40%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	6.857.364,00	0,10%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	449.781,00	0,0066%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	3.020.036,00	0,04%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**382.943.945,00**	**5,63%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	6.804.777.474,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	163.314.659,38	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	219.629.285,62	3,23%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE

La Regione effettua un invio a livello regionale ad eccezione dei flussi per i quali è previsto un invio diretto da parte delle ASL. Le informazione mancanti, relative ai flussi FAR, EMUR, SIAD, SISM, SIND, sono state fornite dalla Regione in una nuova versione del Questionario.

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE
In sede di prima valutazione non tutti gli obiettivi risultavano raggiunti; restavano, infatti, da intraprendere azioni volte alla quadratura del modello LA 999 con la somma delle aziende e GSA, al netto degli scambi infraregionali. Non risultava, inoltre, trasmesso l'atto formale nel quale fosse indicato il responsabile del procedimento di verifica dello stato di attuazione nelle singole aziende sanitarie.
Dalla documentazione ulteriormente prodotta dalla Regione si evince che gli obiettivi richiesti dall'adempimento sono stati raggiunti tutti. Inoltre risulta pervenuto l'atto formale di nomina del responsabile del procedimento di verifica della contabilità analitica.
Alla luce delle rettifiche apportate sul modello LA e alle quadrature garantite con il modello CE, si può ritenere la Regione adempiente per il 2012. Per il 2013 si attendono a livello di contabilità analitica modalità informatizzate che garantiscano un miglioramento nella qualità dei dati.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che non ci sono variazioni rispetto all'anno precedente, nel quale, su richiesta, aveva trasmesso copia dei contratti in uso, dove all'articolo 2 è presente la previsione richiesta per l'adempimento.

p) Dispositivi medici

P.1
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

P.2-P.3
La Regione ha partecipato costantemente a tutte le riunioni del Gruppo di Lavoro Nazionale (6/6) costituito ai fini dell'implementazione del corretto avvio dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici. In tale ambito la Regione ha rivestito il ruolo di coordinatore nelle attività del Sottogruppo "Contratti" per l'elaborazione delle "Linee Guida per il tracciato Contratti" ed ha partecipato all'elaborazione delle "Linee Guida per il tracciato Unità di misura" prodotto dal Sottogruppo "Unità di misura". Ha, inoltre, contribuito alla predisposizione della bozza delle "Linee Guida per potenziare la consultazione e l'utilizzo del Repertorio dei Dispositivi Medici". Nell'anno 2012 la Regione ha prodotto un numero consistente di circolari ed atti deliberativi atti a diffondere in maniera capillare e puntuale le informazioni necessarie agli operatori del SSN. Non da meno è da considerare l'attività di monitoraggio dell'applicazione dei decreti oggetto dell'adempimento; di particolare rilevanza si ritiene l'implementazione di parametri di valutazione per le singole strutture del SSN relativi alla "consistenza e qualità dei dati" ed al "monitoraggio gare dispositivi". Di particolare interesse è l'attività di analisi periodica dei maggiori scostamenti di costo dalla media regionale dei singoli dispositivi medici ai fini di correggere gli eventuali errori.
Inoltre, la promozione ed il monitoraggio degli accessi e l'incremento degli operatori che utilizzano gli strumenti a disposizione, l'elevata percentuale di corrispondenza dei dati trasmessi con i flussi ed i dati ricavati dai modelli CE corrispondenti, determina un' ottima attuazione di quanto previsto dei decreti.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Per l'anno 2012, il punteggio totale riportato dalla Regione è di **13** punti, così ripartiti:

- Valutazione Multidimensionale del disabile: 1 punto
- Offerta assistenziale: 8 punti
- Ripartizione degli oneri: 0 punti (non raggiunge il minimo del punteggio nella ripartizione degli oneri)
- Fornitura dati posti letto: 4 punti (chiarire la differenza con i P.L. "convenzionati)

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad adeguare le quote di compartecipazione al DPCM Lea (presenza di una quota a carico del comune/utente per i trattamenti intensivi a malati cronici non autosufficienti R1, assenza della quota di compartecipazione per i trattamenti socio riabilitativi di mantenimento ai disabili, in contrasto con il DPCM Lea); inoltre, non è chiara l'indicazione relativa ai Trattamenti socio-riabilitativi residenziali a persone con disturbi mentali, per la quale si prevede un quota di compartecipazione del SSR del 20% sulla tutela alberghiera e fino al 60% per assistenza tutelare e sostegno riabilitativo/educativo per percorsi di reinserimento sociale e lavorativo così come indicato nel DCRT 53/2008 (PSR 2008/2010), Allegato 3: I livelli di assistenza socio-sanitari.

Si invita, inoltre, la Regione a chiarire dove sono inseriti i pazienti non autosufficienti che necessitano di un trattamento residenziale di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la Regione è adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la Regione è adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che non sono stati adottati provvedimenti nell'anno 2012, che modificano l'adempimento previsto dall'art 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa del 23 marzo 2005.

Con delibera n. 86 del 24-01-2005 si conferma quanto stabilito nella DGR 208/1996 nella quale il sistema tariffario toscano prevedeva già in origine abbattimenti tariffari progressivi, differenziati per MDC, a partire dal 20°, dal 30° e dal 40° giorno di degenza.

In particolare si prevede un'articolazione delle tariffe di ricoveri di lungodegenza secondo una suddivisione entro oppure oltre i 60 giorni di degenza e viene individuata una tariffa specifica per l'eventuale tipo di proroga che rientra nei parametri previsti dalla normativa prevista.

u) Piano nazionale della prevenzione

ADEMPIENTE
Il valore dell'adempimento per la Regione Toscana risulta pari a 100 ovvero superiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.

- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: ADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: ADEMPIENTE
- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza: ADEMPIENTE
- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: ADEMPIENTE

  Con particolare riferimento al potenziamento programmato delle risorse strumentali, le stesse sono assestate sui capitoli della prevenzione 26020-26022-26164-26194-26220-26235-26239. Il potenziamento realizzato delle risorse strumentali è compreso nei capitoli della prevenzione 26020-26022-26164-26194-26220-26235. Il potenziamento qualitativo delle risorse umane è stato realizzato con DD 1449/2012 e DD 1946/2012. Il potenziamento quantitativo è stato realizzato con DD 1911/2012, DD 2653/2012, DD 3140/2012 e DD 6167/2012. E' stata raggiunta la copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi in un anno.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE
La Regione Toscana ha realizzato un Sistema di Formazione Continua in linea a quanto stabilito in sede di Conferenza Stato-Regioni.
Ha predisposto un sistema informatico che garantisce l'accreditamento on-line dei provider sulla base dei requisiti, strutturali e formativi, e agli standard indicati sulle "Linee guida per i manuale di accreditamento dei provider nazionali e regionali/province autonome" all.1 Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 1012.
Inoltre, la Regione, per garantire la qualità della formazione del Servizio Sanitario Toscano, ha istituito l'Osservatorio Regionale, come stabilito dall'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009, con il compito di monitorare i provider accreditati sulla qualità dell'offerta formativa, di verificare il mantenimento dei requisiti da parte degli stessi e di individuare gli indicatori di qualità della formazione continua.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE
X.1. Formalizzazione di una metodologia/procedura per il monitoraggio, nelle aziende sanitarie ed ospedaliere, dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Non risulta che la Regione abbia formalizzato una procedura specifica per il monitoraggio dell'implementazione delle suddette Linee Guida. Tuttavia si prende atto come tale attività sia direttamente in capo alla Regione che controlla la congruità e la periodicità delle verifiche.

X2. Monitoraggio dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale nell'anno 2012.
La Regione ha proseguito l'attività di monitoraggio dell'anno precedente relativamente alla gestione delle ulcere da pressione e all'ipertensione (con riguardo all'ipertensione giovanile); a tal proposito riporta l'elenco delle strutture dove si svolge il monitoraggio.

X.3. Esistenza a livello regionale di una funzione (ufficio/servizio/gruppo di lavoro) che svolge regolarmente la raccolta e l'analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.
La Regione dichiara di aver affidato questa funzione al Consiglio Sanitario Regionale.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE
La Regione dichiara di garantire numerosi livelli ulteriori (esenzioni, dispositivi protesici, riabilitazione, farmaci, ecc.); in taluni casi allega la normativa, in altri rinvia a note o atti non reperibili. In data 7 novembre 2013, trasmette una nuova relazione analitica sui livelli essenziali aggiuntivi garantiti ed indica le delibere di riferimento. L'unica discrepanza riscontrata è data dal fatto che si dichiara di non garantire rimborsi spese per viaggi per cure, mentre la prestazione risulta nel modello LA. Si rileva, inoltre, che nell'ambito dei livelli ulteriori vengono inseriti anche gli indennizzi ex legge n. 210/92. A seguito dell'analisi dei rendiconti economici, si evidenzia una spesa complessiva di € 11.267.000 (di cui € 5.596.000 per Legge 210/92). La Regione specifica che "tale importo risulta coerente con gli indirizzi regionali in materia di contenimento degli oneri relativi alla loro erogazione all'interno delle entrate proprie aziendali, diverse da quelle ascrivibili al Fondo sanitario regionale".
Si segnala che gli indennizzi erogati ex Legge n. 210/92 non possono essere considerati "livelli ulteriori di assistenza".

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE
La Regione Toscana ha adempiuto a quanto disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004, fornendo quanto richiesto.
Infatti, per quanto riguarda le risorse residue ha sottoscritto in data 16 aprile 2009 un Accordo di programma nel quale riserva il 28,35% delle risorse disponibili al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.
La Regione in data 8 marzo 2013, inoltre, ha sottoscritto un Accordo di programma che riserva il 28,9% delle risorse al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE
La Regione ha concluso entro il 31 dicembre 2012 l'iter di accreditamento istituzionale espletando preventivamente le verifiche del caso sulle strutture medesime.

La Regione dettaglia minuziosamente, indicando i provvedimenti normativi con i quali ha dettato disposizioni circa la conclusione dell'accreditamento e l'espletamento delle verifiche presso le strutture medesime.

aj) Sperimentazioni ed innovazione gestionali

ADEMPIENTE
La Regione nel Questionario dichiara che al 31 dicembre 2012 è attiva una sperimentazione gestionale "Centro di Riabilitazione Terranuova Bracciolini SpA" e allega la relazione annuale di verifica da cui emerge un risultato positivo della gestione.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

ADEMPIENTE
La Regione ha dichiarato che non è stato deliberato un nuovo "Piano di riorganizzazione" e che con DGRT 1235/2012 ha dato avvio al processo di riorganizzazione della rete laboratoristica.
Ha indicato ed allegato la DPGR 24/12/2011, n.61/R, per la regolamentazione del service di laboratorio. In merito alla medicina di laboratorio ha risposto a tutti i quesiti inseriti nel Questionario.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione ha inviato il report dove descrive che, in attuazione della DGR n. 697/2011, per l'anno 2012 ha predisposto un sistema di controllo rivolto a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni di ricovero ospedaliero, in attuazione del DM 10 dicembre 2009. In particolare il Decreto dirigenziale 5056/2011 individua le metodologie da seguire per effettuare i controlli analitici sulle cartelle cliniche e relative SDO e per la verifica dell'appropriatezza di 20 DRG medici (rif. DGR 697/2011).
La Regione, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 70.102 controlli, pari al 12,51% del totale mentre effettua per le strutture private accreditate 13.749 controlli, pari al 26,27%; a tal proposito si ricorda che ai sensi del citato DM il controllo analitico casuale del 10% delle cartelle cliniche deve essere assicurato per ciascun soggetto erogatore.
Nella Tabella 2, relativa ai controlli effettuati sul prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza la Regione dichiara di raggiungere complessivamente la soglia prevista del 2,5%.
La Regione dichiara che, per l'anno 2013, verranno adottati i format di controllo regionale sui controlli interni dei produttori, conformi alla circolare del Ministero della Salute n. 5865 del 1 marzo 2013, al fine di poter rilevare a consuntivo l'impatto economico degli abbattimenti tariffari effettuati, inoltre procederà al perfezionamento dell'attuale sistema di controllo che viene effettuato dalle aziende sanitarie nei confronti dei residenti, dei non residenti e delle strutture private convenzionate. Nell'ambito del suddetto perfezionamento provvederà a costituire un gruppo di lavoro regionale che dovrà individuare l'architettura del sistema di controllo esterno, armonizzandolo rispetto ai controlli specifici eseguiti da ogni azienda sanitaria pubblica o privata.
La Regione è considerata adempiente con impegno a fornire per l'anno 2013 i dati sugli effetti economici, successivi al processo di controllo, disaggregati per ciascun erogatore pubblico e privato accreditato, secondo quanto dichiarato nel Report stesso.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione dichiara nel Questionario i singoli importi dell'elenco 1,2,3 di cui al D.M 332/1999, che coincidono con quanto inserito nel modello LA alla riga 20700.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Nel valutare positivamente le azioni intraprese dalla Regione, nella griglia degli indicatori si rileva il basso numero di strutture in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000 (69%) ed il mancato utilizzo di strumenti per la misurazione della qualità percepita. Si ritiene indispensabile che la Regione adotti i provvedimenti utili a sanare tali anomalie.

AO.2
ADEMPIENTE
Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice") la Regione ha inviato un Piano di Adeguamento in data 27 settembre 2012 in cui dichiarava che avrebbe adottato il flusso a partire dal 31 dicembre 2012. La Regione ha inviato il IV trimestre 2012 e il I e II trimestre 2013.

AO.3
ADEMPIENTE
Relativamente alle attività inerenti l'attivazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia, la Regione viene considerata adempiente.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE
Nella valutazione 2011 la Regione era stata considerata adempiente con l'impegno a completare il percorso di convenzionamento dei locali. La documentazione inviata dimostra che esso è in fase di completamento.
Con riferimento al Questionario 2012 non si hanno rilievi da fare.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE
AS.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali.
La Regione dichiara di avere effettuato monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali.

AS.1.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici.
La Regione dichiara di avere effettuato una ricognizione delle strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici, allegando la tabella di riferimento.

AS.1.3 Iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari relative alle Raccomandazioni ministeriali.
La Regione Toscana dichiara di aver attivato eventi per la formazione rivolte agli operatori sanitari in coerenza con le attività di gestione del rischio regionale.

AS.2 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria.
La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia, allegando la documentazione di riferimento.

AS.3 Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES.
La Regione Toscana effettua il monitoraggio degli eventi sentinella.

at) attuazione dell'art. 11 Intesa Stato- Regioni 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Valutazione Tavolo adempimenti
La Regione ha trasmesso la documentazione prevista dall'adempimento in oggetto, non rispettando la tempistica prevista per la trasmissione (26/06/2013).

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE
La Regione dichiara di aver implementato 18 CUP. Dichiara inoltre che il numero di CUP di tipo Unificato è pari a 3 (Area metropolitana fiorentina, Area metropolitana pisana, Area metropolitana senese) e il numero di CUP di tipo Integrato è pari a 3 (uno per Area Vasta).

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la salute mentale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE
La Regione dichiara di aver realizzato il progetto tecnologico FSE come unico strumento a livello regionale e che la copertura territoriale è al 100% per quanto riguarda referti di laboratorio, referti di radiologia e referti di Pronto Soccorso.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE
AAE.1
Relativamente ai requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici minimi per le attività dei Servizi trasfusionali, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010, è stata presentata la

documentazione che dimostra l'effettuazione della ricognizione dei Servizi trasfusionali e Unità di raccolta.
Relativamente alle visite di verifica degli stessi ST è stata presentata la documentazione che attesta i criteri per la programmazione ed effettuazione delle visite di verifica.

AAE.2
Relativamente all'istituzione e al funzionamento della struttura regionale di coordinamento(SRC)., la documentazione attesta l'assegnazione dei fondi per il funzionamento del Centro regionale sangue.
Inoltre la documentazione attesta l'assegnazione alla SRC delle funzioni di cui all'Accordo Stato-Regioni 13 ottobre 2011.

AAE.3
Il documento presentato non corrisponde al recepimento formale dell'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 (Linee guida di accreditamento) ma dà atto dell'attuazione di un adempimento dell'Accordo medesimo (qualificazione e formazione personale). Per la lavorazione del sangue e produzione di emocomponenti non è stata presentata alcuna documentazione, anche se viene dichiarato nel Questionario di aver intrapreso le iniziative per la razionalizzazione.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
AAF.1
Nella relazione allegata, la Regione Toscana ribadisce quanto già dichiarato nel Questionario LEA 2011 in merito alla chiusura dei punti nascita con standard inferiori a quelli definiti nell'Accordo del 16-12-2010. Riferisce inoltre in merito allo stato di attuazione delle linee di indirizzo contenute nell'Accordo del 16 dicembre 2010 specificamente individuate dal Questionario LEA. In prima valutazione si evidenziava che mancano ancora indicazioni relative all'attivazione del Trasporto Materno Assistito (STAM), nonché l'Atto di Costituzione del Comitato Percorso Nascita Regionale.
Successivamente la Regione trasmette una nuova relazione nella quale riferisce che a livello regionale è previsto un gruppo di coordinamento, composto dai Settori regionali di riferimento, dal Direttore Generale dell'AOU Meyer, che svolge il ruolo di coordinatore tecnico, dai coordinatori degli organismi di Area Vasta, da un rappresentante della Fondazione Monasterio, da un rappresentante della Pediatria di Famiglia, da un rappresentante della Pediatria ospedaliera e da un rappresentante della Neonatologia ospedaliera, da un rappresentante di Agenzia regionale di Sanità (ARS) e Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa (MeS), da due Associazioni di familiari maggiormente rappresentative. Questo organismo ha funzioni di programmazione, promozione delle azioni, monitoraggio e valutazione degli esiti. Inoltre, nell'ambito del Consiglio Sanitario Regionale la DGR 298/2012 ha istituito la Commissione Pediatrica Regionale, organismo tecnico-scientifico con competenze di predisposizione di Linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici, che opera su richiesta del coordinamento regionale.
Non è chiaramente esplicitato se tali organismi abbiano le stesse funzioni e competenze del Coordinamento Regionale Percorso Nascita previsto dall'Accordo del 2010 e sottoscritto anche dalle Regione Toscana, nell'implementazione delle 10 linee di attività contenute nel citato Accordo.
Relativamente all'attivazione del Trasporto Materno Assistito (STAM), la Regione ha trasmesso il "Protocollo STAM" approvato ed attivo in Area Vasta centro dal 31.01.2008 mentre è attualmente in valutazione per estensione alle altre 2 aree vaste dove il trasporto materno è assicurato come disposto dalla DGR 784 /2004.
La Regione non relaziona circa la tempistica di piena attivazione nelle altre Aree di tale protocollo.

AAF.2
La Regione ha effettuato deroghe rispetto al principio dei 500 parti anno che riguardano: Piombino e Bibbiena che insistono su territori con condizioni disagiate di accesso, la cui organizzazione è sotto osservazione e attento monitoraggio da parte della Regione e dove sono stati attivati particolari procedure di gestione dell'evento parto a tutela delle partorienti e Portoferraio per le particolari condizioni geografiche (Isola d'Elba) a cui è dedicata una particolare attenzione.
Tenuto conto che sono presenti elementi utili a verificare la buona aderenza degli atti programmatori della Regione alle linee di indirizzo contenute nell'Accordo del 16 dicembre 2010, la Regione può essere considerata adempiente con impegno a fornire al Ministero i seguenti elementi di valutazione:

- formalizzazione del gruppo di coordinamento regionale quale Coordinamento Regionale Percorso Nascita di cui all'Accordo del 16dicembre 2010
- tempistica di attivazione dello STAM su tutto il livello regionale
- modalità di messa in sicurezza dei PN di Piombino, Bibbiena, Portoferraio rispetto agli standard e ai requisiti contenuti nell'Accordo.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1
ADEMPIENTE
La Regione ha individuato in maniera dettagliata tutta la rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza. Ha identificato la rete dell'emergenza territoriale nelle sue articolazioni e le modalità di integrazione con la componente ospedaliera. Esiste un' Osservatorio Regionale permanente sul sistema di emergenza –urgenza. Sono stati emanati gli atti deliberativi sulla base dei quali è in corso la realizzazione di tre Centrali Operative 118 di area vasta a fronte delle 12 operative attuali. Per quanto attiene le reti delle patologie tempo-dipendenti, la Regione ha inviato informazioni dettagliate sulla rete per il trauma, per la quale esiste atto formale costitutivo; invia inoltre informazioni dettagliate sui percorsi SCA e Stroke, per il quale è in corso l'adozione formale dell'atto.

AAG.2
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la Regione è adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

AAG.3
ADEMPIENTE
L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 14 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21) in miglioramento rispetto all'anno 2011, dove presentava un valore pari a 18.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE
Le azioni individuate dalla Regione Toscana in merito alla riorganizzazione delle Cure Primarie prevedono la promozione e la diffusione sia delle AFT, quali strumento di raccordo funzionale e professionale tra i Medici di Medicina Generale, che delle UCCP quale tipologia organizzativa di base del servizio sanitario fondata sul lavoro in team multi professionale e multidisciplinare. E' previsto

l'avvio di sperimentazioni avanzate di UCCP a partire dalle realtà in cui sono presenti Case della Salute. In attesa di attuare quanto sopra la relazione fornisce il numero delle forme associative semplici, in rete e di gruppo presenti sull'intero territorio sia per la Medicina Generale che per la Pediatria di Libera Scelta con l'indicazione del numero dei Medici (MMG e PLS) coinvolti. La gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico e l'utilizzo di sistemi di comunicazione informatica (rete telematica e di teleconsulto e telemedicina) avviene in misura del 100% mentre la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche è operata dal 7.20 % dei medici (medici sperimentatori).

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

AAI.1

La Regione trasmette lo stralcio della DGR n. 38 del 19/12/2011 inerente la proposta di "Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012 – 2015" nella parte dedicata alla riabilitazione. Nel documento sono riportate le indicazioni operative alle aziende sanitarie locali per l'organizzazione della rete riabilitativa regionale e per la conduzione dei percorsi assistenziali. In particolare la Deliberazione afferma la necessità di completare la revisione dell'offerta riabilitativa, con particolare attenzione ai percorsi assistenziali territoriali per garantire la continuità ospedale-territorio nella fase post acuta e sviluppare modalità innovative di intervento per la cronicità. La DGR, inoltre, riafferma l'importanza della predisposizione dei Percorsi Riabilitativi Individuali per ogni paziente e dell'adozione dei progetti riabilitativi di struttura.

La Regione informa, inoltre, che le procedure operative e organizzative dei reparti pubblici e privati di riabilitazione, sia ospedaliera che extraospedaliera, sono oggetto di costante monitoraggio da parte della Giunta Regionale, sia tramite il controllo delle attività erogate, con verifica dei flussi informativi, sia tramite la definizione di atti di indirizzo con contenuti tecnici che vengono adottati in riferimento a specifici percorsi assistenziali o a specifiche condizioni cliniche.

Sebbene si apprezzi la chiarezza e la puntualità con cui sono formulate le indicazioni programmatiche, dai documenti trasmessi non è possibile desumere lo stato di attuazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione né l'adesione dei servizi alle indicazioni fornite dalla stessa Regione, anche attraverso le Linee guida e i percorsi assistenziali approvati. Successivamente la Regione ha trasmesso documentazione integrativa che illustra l'attività svolta dalla Regione in materia di riabilitazione e, in particolare, il periodico confronto tra la Regione e il Coordinamento dei Centri di riabilitazione toscani, organismo operante già prima del recepimento del "Piano di indirizzo per la riabilitazione" con delibera n. 300 del 16 aprile 2012. Tale gruppo di lavoro, composto dai responsabili dei Centri di Riabilitazione e da quelli dei servizi territoriali aziendali, con i rappresentanti della regione, si propone, tra gli altri compiti, di sottoporre a monitoraggio i cambiamenti organizzativi indicati dagli specifici atti deliberativi (progetto riabilitativo individuale, progetto riabilitativo di struttura, strutturazione dei Centri integrati dei Servizi per l'area della riabilitazione, ecc.) e di assicurare la costante comunicazione tra la Regione ed il livello locale.

AAI.2

La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	12,5%	16,1%	11,7%	14,7%	11,4%	13,5%
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	20,6%	10,2%	23,1%	10,2%	24,7%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	4,3%	8,7%	4,3%	9,3%	3,7%	9,1%

aaj) prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE
La Regione Toscana risulta adempiente in quanto sufficiente per 5 item su 5.
Tra le criticità si segnala, in particolare, tra gli indicatori di performance un livello di attività insoddisfacente per la % dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione (47,6%) .
Ha conseguito, per i flussi informativi veterinari, un punteggio pari all'81% e 4 indicatori vincolanti su 6, con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione. In proposito tra le criticità si segnala, in particolare, l'insufficiente attività di farmacosorveglianza per gli operatori controllabili nonché il livello di controllo ufficiale per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale, il rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo per gli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale.

aak) linee giuda per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
La Regione Toscana dichiara di non aver recepito con apposito atto le Linee Guida nazionali per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini di cui all'Intesa Stato-Regioni del 4 aprile 2012. Dichiara tuttavia di aver già provveduto a realizzare il Progetto informatizzazione della diagnostica per immagini; sistemi RIS (Radiological Information System) - PACS (Picture Archiving and Comunication System).

aal) altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1
ADEMPIENTE
La Regione Toscana ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare un andamento variabile dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR) nel corso degli ultimi 3 anni. Benché la Regione abbia raggiunto ottimi risultati sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, nella quale è riuscita a mantenere la spesa ampiamente all'interno del tetto del 13,1%, ha ancora margini di miglioramento nella regolamentazione della spesa farmaceutica regionale rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 15,5% del FSR (17,35% nel 2012, rispetto alla somma dei tetti 13,1%+2,4%), a causa di un'elevata spesa ospedaliera.
La riduzione -nel corso dell'ultimo anno- dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale e il rispetto del tetto del 13,1%, sono dovuti principalmente all'individuazione e al raggiungimento degli obiettivi annuali di appropriatezza prescrittiva per i farmaci in regime di convenzione e all'introduzione del ticket sulla farmaceutica convenzionata. Sul versante dell'erogazione

dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la Regione fa registrare un'incidenza percentuale della spesa ospedaliera sul FSR tra le più elevate in Italia, nonostante gli atti regionali con effetti di contenimento della spesa emanati in questo ambito assistenziale. Malgrado i risparmi derivanti dall'individuazione di obiettivi di appropriatezza prescrittiva, la spesa farmaceutica ospedaliera della Regione Toscana si attesta intorno ai 383 milioni di Euro per l'anno 2012. La Regione non si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale. Infine, la Regione ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in anticipo rispetto a tutte le altre regioni italiane.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi ricadente nel periodo indicato.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del periodo indicato.

Umbria

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

Relativamente alla verifica di qualità dei modelli economico-patrimoniali, si evincevano squadrature in relazione al confronto CE-LA, poi superate. E' stato chiesto di spiegare l'eventuale ulteriore differenza risultante nel confronto CE-La in termini di mobilità che eccedeva l'importo complessivo delle voci R incluse nel modello CE, ma non considerate nell'allegato 2 del modello LA (differenza di 7.355). A tale richiesta la Regione ha risposto illustrando tutte le motivazioni che giustificano la differenza predetta, facendo riferimento anche ai differenziali di consolidamento riscontrati.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La copertura dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sui flussi informativi Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP) e STS24 (assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale).

La qualità dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sui flussi informativi STS21 (assistenza specialistica territoriale) e STS24 (assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale).

Si segnala che la Regione non ha ancora effettuato la validazione dei flussi informativi ai sensi del DM 5 dicembre 2006 – Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

Viene chiesto alla Regione di integrare la banca dati NSIS e di eliminare le criticità nei flussi informativi Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP), STS21 (assistenza specialistica territoriale) e STS24 (assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale). Si chiede inoltre di procedere alla validazione dei dati ai sensi del DM 5 dicembre 2006 – Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

La Regione ha trasmesso il 17 gennaio 2014 una nota sui flussi informativi STS24 (assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale) e STS21 (assistenza specialistica territoriale), che tuttavia non modifica quanto sopra riportato.

Infatti, per quanto attiene la qualità dei flussi informativi STS21 e STS24, la situazione della banca dati al 21 gennaio 2014 risulta immutata. La Regione ha proceduto alla validazione complessiva dei due flussi informativi, ma non è stato dato seguito, sull'applicativo NSIS per la gestione delle anomalie, alla conferma dei valori riferiti ai volumi delle prestazioni che, pur risultando anomali rispetto all'anno precedente, risultano giustificati e confermati dai servizi ambulatoriali e territoriali.

Per quanto invece attiene la completezza del flusso informativo STS24, si evidenzia che la percentuale di strutture che hanno inviato il modello di attività rispetto alle strutture che risultano classificate e censite nell'anagrafica STS11 come strutture territoriali residenziali/semiresidenziali attive nel corso del 2012, è pari a 82,46% (alla data del 21 gennaio 2014), valore inferiore alla copertura raggiunta nel 2011 (94,19%).

Ai fini degli adempimenti 2013 si raccomanda di verificare la corretta classificazione delle strutture censite attraverso il modello STS11, per assicurare la coerenza dei flussi informativi di attività relativi ai modelli STS21 e STS24, con le relative anagrafiche.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a migliorare la completezza e la qualità dei flussi informativi STS11/STS24 (assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale), nonché la qualità dei flussi informativi STS11/STS21 (assistenza specialistica ambulatoriale).

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE
La Regione Umbria con un punteggio pari a 171 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente".
Si segnala tuttavia una criticità per l'indicatore sulla prevenzione alimentare, percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione.

f) Assistenza ospedaliera

F.1
ADEMPIENTE
Dalla Base Dati Nazionale (estrazione del 5 settembre 2013) risulta che, a gennaio 2013, la Regione Umbria ha una dotazione di 3.190 posti letto, pari a 3,6 per 1.000 abitanti, di cui 3,19 per pazienti acuti (2.823 posti letto) e 0,41 per riabilitazione e lungodegenza (367 posti letto). Tali dati sono in linea con lo standard nazionale. La Regione deve effettuare la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13 nella base dati 2012 e 2013.
In relazione alla tematica inerente l'offerta dei posti letto regionali, la Regione non ha trasmesso documentazione.

F.2
ADEMPIENTE
La Base Dati Nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 164,75 nel 2010, di 15,59 nel 2011 e di 152,52 nel 2012.
La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è corrispondente al 25% nell'anno 2010 ed inferiore a tale valore nei due anni successivi del periodo di riferimento: 22,2% nel 2011 e 21,3% nel 2012.
In riferimento alla tematica in questione, la Regione non ha trasmesso documentazione.

g) Appropriatezza

A soli fini informativi, la Regione Umbria si colloca in una situazione critica per i DRG 160 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC, 162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC, 208 Malattie delle vie biliari senza CC, 327 Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni, 333 Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni, 563 Convulsioni, età > 17 anni senza CC. Il 23% dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza.

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

H.1 Monitoraggio ex post

La Regione svolge l'attività di monitoraggio ex post; dai dati pervenuti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) risulta che i seguenti campi hanno una copertura non soddisfacente e precisamente:

- Campo Classe Priorità della prestazione → 21,62% (I semestre) → 23,18% (II semestre)
- Campo Garanzia tempi di attesa: → 0,09% (I semestre) →0,10% (II semestre)
- Campo Struttura sanitaria erogatrice →11,45% (I semestre) → 11,33% (II semestre)

Si segnala che non risulta possibile calcolare l'indicatore dei Tempi di Attesa, previsto solo per le Regioni per le quali risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto il monitoraggio ex ante nel corso dell'anno 2012. I dati pervenuti riguardano la rilevazione aprile 2012 e la rilevazione ottobre 2012. Le soglie di garanzia risultano essere inferiori a quanto previsto (>= a 90% sia per la classe B che per la classe D).

- % di garanzia Classe B aprile 60,16%
- % di garanzia Classe D aprile 59,73%
- % di garanzia Classe B ottobre 72,45%
- % di garanzia Classe D ottobre 71,49%

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero.

I dati pervenuti risultano essere soddisfacenti soprattutto per il regime ordinario.

- Campo Data Prenotazione:
  - Regime ordinario. Campi compilati correttamente 91,99%.
  - Regime DH. Campi compilati correttamente 66,48%
- Campo Classe di priorità:
  - Regime ordinario. Campi compilati correttamente 99,96%
  - Regime DH. Campi compilati correttamente 99,94%

H.4 Monitoraggio delle sospensioni

La Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni così come indicato dalle apposite Linee Guida.

H.5. Monitoraggio PDT complessi

Dall'esame dei dati pervenuti risulta che il monitoraggio viene effettuato.

Pertanto si chiede alla Regione di fornire:

- H.1 Le motivazioni della non corretta valorizzazione dei Campi sopra riportati e di intraprendere opportune azioni.
- H.2 (monitoraggio ex ante), nonostante il trend sia positivo le percentuali sono al sotto della soglia prevista.

Successivamente la Regione ha inviato la documentazione atta a constatare l'impegno per la risoluzione delle problematiche inerenti il monitoraggio ex post e il monitoraggio ex ante. Nella stessa documentazione si evincono sufficienti informazioni circa le difficoltà incontrate sia nella valorizzazione dei campi evidenziati come "critici" (punto H.1) sia nell'invio dei dati come richiesto al punto H.2.

La Regione per l'anno 2012 è adempiente con impegno alla risoluzione di tutte le criticità riscontrate.

I) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

La Regione ha evidenziato nel 2012 una spesa farmaceutica territoriale di 195,9 milioni di Euro, corrispondente ad un disavanzo rispetto al tetto del 13,1% del Fabbisogno Sanitario Regionale dello -1,17% (-19,2 milioni di Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2012 risulta superiore rispetto a quella inizialmente prevista dall'AIFA ai sensi dell'art.5, comma 4, della L.222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 84,9 milioni di Euro, evidenziando uno disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno sanitario regionale del 2,77% (+45,5 milioni di Euro).

La Regione Umbria evidenza una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 26,3 milioni di Euro.

La Regione, pur rispettando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, evidenza il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.

Pertanto, per il parere finale si rimanda la valutazione congiunta Tavolo adempimenti-Comitato LEA del Ministero della Salute – Ministero dell'Economia e delle Finanze, al fine di verificare la compensazione dei disavanzi della spesa farmaceutica con altre voci di spesa del Servizio sanitario regionale, o di altre voci del bilancio regionale.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: UMBRIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	138.726.766,41	8,45%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	2.258.809,00	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	4.608.733,00	0,28%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	39.661,00	0,00%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	48.301.984,00	2,94%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	15.838.963,00	0,96%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	2.367.385,00	0,14%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	13.471.578,00	0,82%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**195.960.510,41**	**11,93%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	1.642.270.736,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	215.137.466,42	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-19.176.956,01	-1,17%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	190.276.836,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	135.337.000,00	8,24%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	1.545.101,00	0,09%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	75.246,00	0,0046%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	476.726,00	0,03%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**84.937.943,00**	**5,17%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	1.642.270.736,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	39.414.497,66	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	45.523.445,34	2,77%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE
La sezione del Questionario relativa al punto è stata compilata con le informazioni necessarie.

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE
La Regione ha provveduto ad ottemperare agli adempimenti necessari al fine di attivare la procedura di adozione della contabilità analitica. Ha integrato con DGR 956 del 04.09.2013 l'atto di nomina del responsabile del procedimento di verifica dello stato di attuazione della contabilità analitica.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione risulta adempiente in base alla DGR 1749 del 27/12/2012 avente per oggetto "Approvazione dello schema tipo di contratto dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie umbre". Nello schema tipo al punto 3, infatti, si stabilisce che in attuazione dell'art. 1 comma 173 della Legge 2004, n. 311 e dell'Intesa del 23 marzo 2005, all'art. 3, comma 8, il mancato rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema informativo sanitario, costituisce grave inadempienza ai fini della confermabilità dell'incarico.

p) Dispositivi medici

P.1
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

P.2-P.3
Nell'anno 2012 la Regione risulta essere stata sempre presente alle riunioni del Gruppo di Lavoro Nazionale (6/6) istituito al fine della corretta implementazione dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici. In tale ambito si registra il contributo puntuale ed attento, come rappresentato dalla proposta di documento elaborata ed allegata al Questionario .
La Regione ha, inoltre, condiviso i documenti "Linee Guida per il tracciato Unità di misura" e "Linee Guida per il tracciato Contratti" elaborato dal relativi Sottogruppi di Lavoro.
La diffusione delle informazioni agli operatori delle strutture sanitarie del territorio di competenza, come evidenziato dai documenti allegati al questionario, è stata realizzata in modo ottimale.
Si evidenzia una ottima attuazione di quanto previsto dai decreti relativi alla Banca Dati ed al Monitoraggio della spesa registrando un miglioramento delle relative attività.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Per l'anno 2012, il punteggio totale riportato dalla Regione è di **21** punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale del disabile: 1 punto
Offerta assistenziale: 7 punti
Ripartizione degli oneri: 9 punti
Fornitura dati posti letto: 4 punti

Si rileva che

- la quota a carico del SSR per i Trattamenti socio-riabilitativi residenziali a persone con disturbi mentali (70%) è superiore a quella prevista dal DPCM (60%);
- la quota a carico del SSR per i Trattamenti semiresidenziali di lungoassistenza (58% circa) è superiore a quella prevista dal DPCM (50%);
- per i trattamenti residenziali socio-riabilitativi di mantenimento a persone con disabilità viene prevista una sola quota con il 70 % a carico del SSR.

In generale si rappresenta che la DGR 21/2005 non è allineata con il DPCM Lea per quanto riguarda alcune prestazioni (Gruppo appartamento nell'area della salute mentale, Comunità alloggio per soggetti disabili gravi, assegno di cura per anziani non autosufficienti).
In data 20 novembre 2013 la Regione invia una nota con la quale chiarisce le criticità segnalate per la disabilità; inoltre invia la DGR 372/97 "Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e delle attività di tutela della salute mentale" ma non risolve la problematica evidenziata.
Il punteggio totale rimane invariato; la Regione viene considerata adempiente con impegno ad adeguare le quote di compartecipazione del sociale a quanto previsto dalla normativa nazionale per l'assistenza residenziale socio-riabilitativa, di lungoassistenza, a pazienti psichiatrici, per la quale il DPCM Lea prevede una compartecipazione a carico dell'utente/Comune pari al 60% della quota.

S.3
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la Regione è adempiente per la disponibilità del dato, per la copertura territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

S.4
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la Regione è adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE
La Regione risulta adempiente in base alla DGR 298 del 9 marzo 2009, in cui si stabilisce che per i ricoveri in unità operativa codice 60 lungodegenza è prevista una riduzione della tariffa pari al 40 per cento per le giornate eccedenti il valore soglia di 60 giorni.

u) Piano nazionale della prevenzione

ADEMPIENTE
Il valore dell'adempimento per la Regione Umbria risulta pari a 85 ovvero superiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.

- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: ADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: INADEMPIENTE
- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza: ADEMPIENTE
- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: ADEMPIENTE

Nel 2012 sono proseguite le attività iniziate nel 2010 con il "Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012", che prevede cinque progetti riguardanti la prevenzione nei luoghi di lavoro "Agricoltura più sicura", "Salute e sicurezza nelle Grandi Opere Infrastrutturali in Umbria", "Lotta ai rischi e ai danni da esposizione professionale a sostanze cancerogene", "Attuazione dei regolamenti REACH-CLP in Umbria", "Cantieri alcool free". Le attività relative al Piano sono state sostenute finanziando le quattro Aziende USL della Regione con un contributo di cui la metà erogato nel 2012, da destinare alla incentivazione del personale e, laddove necessario, al rinnovo dei contratti o all'acquisizione di personale da dedicare alle attività suddette; al sostegno delle eventuali spese per la formazione; al completamento, qualora necessario, della dotazione strumentale; al finanziamento delle spese per le determinazioni analitiche connesse all'attuazione dei progetti.
E' stata raggiunta la copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi in un anno.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE
Nell'anno 2012 la Regione, al fine di garantire la continuità all'offerta formativa necessaria al soddisfacimento del debito ECM per gli operatori sanitari, ha continuato l'attività di formazione continua in medicina accreditando singoli eventi. Il termine per questa modalità di accreditamento, come stabilito dalla stessa Regione, è il 31 gennaio 2013, data entro cui gli organizzatori di attività formative devono presentare domanda di accreditamento provider attraverso il sistema informativo regionale.
Inoltre, la Regione ha adottato un proprio manuale di accreditamento sulla base dei requisiti strutturali e funzionali stabiliti in sede di Conferenza Stato-Regioni e ha nominato i componenti dell'Osservatorio Regionale.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico-Terapeutici

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso la documentazione con la quale illustra che sono stati definiti e formalizzati specifici PDT a sostegno della rete regionale materno infantile e per l'età evolutiva, ma non si deduce come il monitoraggio dei PDT citati sia effettuato.
Esaminando la documentazione integrativa trasmessa dalla Regione si evidenzia che sono stati individuati PDT ritenuti di particolare rilevanza nella programmazione regionale e precisamente riguardo l'Autismo e l'ADHD (DGR 1410/2012 e DGR 1044/2012), che il monitoraggio si svolge presso il Centro regionale di Riferimento per l'Autismo di Perugia e il Centro regionale di Riferimento per la diagnosi e trattamento del disturbo da deficit di attenzione ed iperattività di Terni; che la Sezione Riabilitazione, disabilità e cooperazione sanitaria della Regione segue costantemente tale monitoraggio al fine di studiare e verificarne l'andamento e la reale presa in carico dei pazienti.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE
La Regione garantisce numerose prestazioni aggiuntive (protesica, integrativa, prestazioni agli invalidi di guerra). Trasmette la DGR n. 1776 del 27/12/2012 recante " Ricognizione delle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Regionale nell'anno 2012 quali livelli essenziali aggiuntivi di assistenza in attuazione dell'art. 4, co. 1, lett. c) del Patto per la Salute 2010-2012".

In allegato alla delibera è presente un documento istruttorio di ricognizione nel quale vengono individuate, per ciascuna prestazione ulteriore garantita, le risorse disponibili sul bilancio dell'esercizio 2012 (Cap. 2265 - U.P.B. 12.1.005) per la copertura degli oneri e viene impegnata la somma complessiva di Euro 1.000.000,00 da ripartire tra le 4 Asl regionali.
Dal modello LA risultano garantite prestazioni (per un totale di € 2.284.000) di chirurgia estetica, vaccinazioni non obbligatorie, certificazioni mediche ed altre, non meglio specificate, prestazioni. Con nota dell'8 novembre 2013 la Regione specifica che le prestazioni relative agli "Ausili tecnici non inseriti nel nomenclatore tariffario, materiale d'uso e di medicazione", ai "Prodotti aproteici" e ai "Rimborsi per spese di viaggio e soggiorno per cure", per un totale di Euro 1.000.000, sono garantite con lo stanziamento di bilancio di cui alla delibera 1776/2012; le prestazioni di "Chirurgia estetica", "Vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero", "Certificazioni mediche" e "Altro" (Odontoiatria) sono a carico dei destinatari.

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE
La Regione Umbria, che nell'anno 2012 non ha sottoscritto nuovi accordi di programma, ha trasmesso il documento con il quale ha presentato il quadro di riepilogo delle risorse da destinare al potenziamento e ammodernamento tecnologico e impegnate per attrezzature nell'ambito del programma di investimenti, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 1, comma 188, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione dichiara di aver concluso al 31 dicembre 2012 il passaggio all'accreditamento istituzionale definitivo di tutte le strutture sanitarie private e socio sanitarie private, dichiarando, altresì, di aver rilasciato il provvedimento finale dopo aver espletato le verifiche del caso. Tuttavia, dall'elenco allegato al parere, emerge una situazione diversa, ovvero delle 58 strutture accreditate 49 hanno in corso il rinnovo, per 26 è già stato espletato l'audit, deponendo per una situazione ancora in itinere e non conclusa. Nella stessa tabella emergono ben altre 41 strutture ancora in valutazione, pertanto allo stato attuale non sembra affatto si possa considerare concluso l'iter di cui trattasi.
La Regione ha successivamente integrato la documentazione e descritto tutto l'iter relativo all'accreditamento istituzionale nella Regione e lo stato dell'arte.
Si apprezza l'esistenza di un sistema regionale definito ed articolato che opera a regime e si prende atto che il ritardo nella conclusione delle verifiche presso tutte le strutture e, di conseguenza, nel rilascio del provvedimento finale, sono imputabili all'espletamento della gara di appalto per affidare il sistema di verifiche ad un organo esterno di certificazione, secondo il modello regionale adottato, per cui non si tratta di un'attività in fase iniziale ma di un ritardo dovuto ad una problematica in una procedura attuata e definita, difficoltà che ha determinato taluni ritardi e la mancata valutazione per 15 strutture, atteso che per altre 16 si tratterebbe di rinnovi a fronte di controlli già espletati negli anni precedenti.
Successivamente la Regione ha comunicato il recepimento dell'Intesa del 20 dicembre 2012 senza fornire alcuna informazione ulteriore circa le strutture che rimanevano da valutare.
La Regione può essere considerata adempiente con impegno a comunicare al Comitato LEA la completa conclusione delle procedure (entro il 2013).

aj) Sperimentazioni gestionali

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali compilata in tutte le sue parti dichiarando di non aver legiferato in materia. Al 31 dicembre 2012 la Regione dichiara che è in corso una sola sperimentazione gestionale, "Prosperius RIA srl", ed ha allegato, per quest'ultima, la relazione annuale di verifica.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

ADEMPIENTE
La Regione ha emanato nel 2008, con DGR 1662, il Piano di riorganizzazione della rete laboratoristica.
La Regione ha dichiarato di non aver normato il service di laboratorio.
Ha inoltre risposto a tutti i quesiti per la medicina di laboratorio ma per il punto l) ha fornito informazioni solo sulla riorganizzazione della rete pubblica.
La Regione con nota integrativa ha risposto ai chiarimenti richiesti illustrando il percorso che la Regione ha intrapreso. E' stato infatti predisposto un documento, allegato alla nota, a valenza triennale in cui sono enunciati gli obiettivi e le azioni da intraprendere per i servizi di laboratorio. A termine di tale percorso la Regione dichiara che dovrà essere adottato un regolamento del service. Inoltre, con riferimento al punto l) della sezione relativa alla medicina di laboratorio, la Regione precisa che la riorganizzazione contenuta nel documento triennale non include i laboratori privati e, in merito a ciò, la Regione si impegna ad intraprendere un processo di riorganizzazione delle strutture private.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione ha trasmesso il report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche in cui specifica che il sistema di controllo coinvolge tutte le aziende e le case di cura private accreditate e che viene riproposto e modulato annualmente nella delibera per gli accordi tra acquirenti ed erogatori (per il 2012 DGR n.998 del 30 luglio 2012).
La Regione, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture private accreditate 4.902 controlli, pari al 52,27%. Non viene inviata la Tabella 1 per le strutture pubbliche.
In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) la Regione sia per le strutture pubbliche che per le strutture private assicura una percentuale di controlli superiore alla soglia del 2,5% sulla totalità delle cartelle cliniche.
Riguardo le misure adottate la Regione riporta nella Tabella 2, sia per gli erogatori pubblici che privati accreditati, i valori dell'abbattimento tariffario successivo ai controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza. Oltre che agli abbattimenti tariffari, la Regione riferisce nel report che le misure fanno riferimento anche a correttivi di tipo organizzativo o informativo.
Viene richiesto di inviare la Tabella 1 per gli erogatori pubblici e il dettaglio per ciascun erogatore (pubblico e privato) delle misure adottate successive ai controlli casuali; si richiede inoltre di fornire le Tabelle 1 e 2 in formato Excel.

La Regione dichiara che per l'anno 2012, non avendo calcolato il fatturato prima e dopo i controlli, risulta particolarmente complicato recuperare l'informazione delle variazioni dello stesso mentre, per l'anno corrente, gli operatori addetti alla codifica invieranno in Regione il riepilogo dei casi per i quali si è proceduto a modificare il DRG e la tariffa. Inoltre, considerando il ricambio degli operatori addetti alla codifica e l'utilizzo di sempre nuove procedure a cui spesso è difficile attribuire una corretta codifica, propone i corsi di codifica per gli operatori sanitari dei reparti e delle Direzioni di Presidio per rivedere con il loro contributo le Linee Guida regionali.
Pertanto, la Regione può essere considerata adempiente con l'impegno a fornire per l'anno 2013 gli effetti economici successivi ai controlli disaggregati per ciascun erogatore pubblico e privato accreditato, secondo quanto dichiarato nel Report stesso.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione con nota 157868 del 19 novembre 2013 ha dichiarato che l'importo rendicontato relativo alla spesa protesica per l'anno 2011 non risulta coincidente con i valori esposti nella corrispondente voce del modello La per due motivi:

- nel modello LA il valore è riportato al lordo dell'IVA, contrariamente a quanto risulta dagli elenchi certificati dalla Regione;
- alcune aziende hanno rendicontato nel modello LA categorie di presidi sanitari distribuiti tramite farmacie convenzionate alla voce "Assistenza protesica", anziché alla voce "Assistenza integrativa", alternando la corrispondente allocazione dei costi.

La Regione si è attivata ad eliminare tale discrepanza con DGR 1174/2013, approvando un nuovo piano dei conti per la tenuta della contabilità economico-patrimoniale delle aziende del SSR che, per l'assistenza in oggetto, prevede una coincidenza con gli elenchi. Si chiede alla regione di rispettare l'impegno preso.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE
Esaminata la documentazione pervenuta, si valutano positivamente le iniziative regionali relative all'istituzione delle reti di cure palliative e di terapia del dolore e alle iniziative formative/informative. Si rileva altresì la corretta compilazione della tabella degli indicatori.

AO.2
ADEMPIENTE
Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice") la Regione ha inviato i dati del III e IV trimestre 2012.

AO.3
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
In sede di prima valutazione non era stato possibile completare l'istruttoria per carenze documentali inerenti la mancata formalizzazione della rete assistenziale. Successivamente, la Regione ha trasmesso una nuova versione del Questionario che al punto in oggetto appare sovrapponibile alla precedente. Inoltre, ha trasmesso una relazione esplicativa delle azioni regionali volte al potenziamento della terapia del dolore, corredata di numerosi allegati tecnici inerenti gli

specifici percorsi assistenziali esistenti. Tuttavia, non risulta che sia stata istituita la rete assistenziale con il coinvolgimento delle diverse figure professionali come specificato in tabella.
La Regione è considerata adempiente con l'impegno alla rapida adozione del provvedimento volto alla formale istituzione della rete, come da adempimento.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Nella verifica 2011 la Regione risultava adempiente con impegno a:

1. completare la sottoscrizione delle convenzioni sui locali
2. attivare gli interventi per la valutazione precoce dei minori.

Per quanto riguarda il punto 1, la Regione ha fornito una relazione che evidenzia ancora criticità nel completamento del percorso; si chiede alla Regione di fornire un resoconto aggiornato con la speranza che ad oggi il percorso abbia registrato dei progressi.
Per quanto riguarda il punto 2, la documentazione inviata risolve la criticità rilevata.

In data 15 novembre 2013 la Regione invia documentazione integrativa, in particolare:

- la convenzione fatta dalla ASL n.2 con il carcere di Spoleto per l'utilizzo dei locali sanitari;
- una nota di aggiornamento sullo stato di attivazione della sezione intramuraria presso il carcere di Spoleto, che sostanzialmente ribadisce quanto dichiarato in precedenza (peraltro il riferimento alla mancanza di fondi per il potenziamento dei servizi non appare pertinente e coerente con quanto previsto dall'Accordo del 2011).

In data 21 novembre 2013 la Regione invia un aggiornamento sullo stato delle convenzioni per Terni e Orvieto in cui afferma che le criticità descritte sono anche dovute alla scarsità di spazio dove effettuare l'attività sanitaria; per quanto riguarda Perugia la Asl ha comunicato che la formale presa in carico dei locali avverrà il 31 gennaio 2014.
La documentazione inviata, sebbene fornisca aggiornamenti sullo stato delle convenzioni per gli istituti di Perugia, Terni e Orvieto, non risolve le criticità evidenziate in precedenza. Pertanto si conferma per l'anno 2011 l'adempienza con impegno.
Con riferimento al 2012, la Regione, sebbene non abbia ancora attivato la sezione intramuraria per la tutela della salute mentale prevista dall'Accordo 2010, viene considerata adempiente con impegno a risolvere le criticità presentate nel 2011.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE
AS.1.1
La Regione risponde al quesito del Questionario affermando di aver effettuato il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni del Ministero e di aderire al monitoraggio di Agenas.

AS.1.2
La Regione afferma di non aver effettuato una ricognizione delle strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici, tuttavia forniscono una risposta circa il fatto che nelle due Aziende Ospedaliere e due ASL territoriali, la preparazione dei farmaci antiblastici avviene come di seguito indicato:

- ogni azienda ospedaliera provvede autonomamente ai propri fabbisogni;
- nel territorio la preparazione è stata centralizzata per le due ASL nella ASL 2.

Si fa presente che il punto del Questionario relativo alla centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici ha la funzione di conoscere se all'interno delle strutture che somministrano farmaci oncologici l'allestimento degli stessi è fatto in specifiche strutture dedicate alla

manipolazione di farmaci antiblastici e che rispondono a determinati requisiti di sicurezza, sotto la responsabilità del farmacista. Il fatto che ogni azienda provveda al proprio fabbisogno di fatto non aggiunge alcun elemento per poter stabilire se questi siano preparati secondo i criteri di sicurezza per gli operatorie e per i pazienti.

AS.1.3
La Regione afferma di non aver attuato iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari in riferimento alle Raccomandazioni ministeriali.

AS.2
La Regione effettua il monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria e indica che 54 U.O. chirurgiche su un totale di 66 utilizzano una Checklist di Sala operatoria.

AS.3
La Regione non ha trasmesso l'atto regionale che definisce la procedura per il caricamento e la validazione degli Eventi sentinella nel SIMES.

Alla luce di quanto sopra esposto, sono stati chiesti chiarimenti alla Regione circa le criticità sopra evidenziate.
La documentazione integrativa trasmessa dalla Regione consente di dichiarare la stessa adempiente.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Valutazione Tavolo adempimenti
La Regione ha trasmesso la lettera di accompagnamento al PAC in cui dichiara che è stata prevista l'attivazione di revisioni sulle aree e sugli obiettivi previsti dal PAC. Le attività, inoltre, ad esso relative verranno affidate ad terzo certificatore della GSA, ai Collegi Sindacali delle Aziende e ai Collegi Sindacali della Regione. Si fa presente che nel PAC non è stata indicata alcuna scadenza per la verifica.
Nella lettera di accompagnamento si fa riferimento a un percorso di validazione dei sistemi di controllo interno. La Giunta Regionale ha disposto la revisione contabile dell'azienda Città di Castello dalla quale è emerso un giudizio positivo, si sottolinea però che non è stato specificato quale esercizio amministrativo sia stato oggetto di revisione né tantomeno sono stati indicati i principi contabili e di revisione utilizzati.

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE
La Regione dichiara di aver adottato dal dicembre 2010 un sistema CUP Regionale Unificato che ha permesso di riorganizzare il sistema delle prenotazioni. Dichiara inoltre che attraverso il CUP regionale è possibile la prenotazione di tutte le prestazioni presso ogni tipo di struttura (pubblica o privata) da qualunque punto d'accesso del Sistema CUP, così come definito nel PRCTA 2011-2013.

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Salute mentale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato e per la completezza territoriale dei contenuti informativi trasmessi al NSIS relativamente al territoriale. Per quanto riguarda il residenziale invece risultano completamente mancanti i dati di anagrafica della ASL 204.

Relativamente alla qualità dei dati risulta un alto numero di scarti nei diversi tracciati, pertanto la Regione risulta adempiente con impegno a completare l'invio dei dati.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Dipendenze relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato e per la completezza territoriale. Relativamente alla qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS si registra un numero di contatti inferiore al numero dei soggetti. Si prende atto delle azioni poste in essere dalla Regione per la correzione dei dati trasmessi e si considera la Regione adempiente con impegno a trasmettere i dati mancanti.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che non ha ancora istituito un Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ma di aver comunque avviato delle azioni tese alla sua istituzione .
L'intenzione della Regione Umbria è quella di avviare il FSE a partire dai referti di laboratorio di analisi e dai verbali di PS. Dichiara altresì che nel momento in cui verrà istituito il FSE, è nelle condizioni di avere una copertura territoriale completa per questi ultimi elementi.
La Regione ha trasmesso elementi oggettivi a supporto di quanto dichiarato, fornendo indicazioni concrete in merito all'implementazione del FSE sul territorio regionale.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE
AAE.1
La Regione ha trasmesso una nota dalla quale si evince che è stata effettuata la ricognizione delle strutture trasfusionali ed in particolare l'individuazione dei Servizi Immuno-Trasfusionali (SIT) e relativi punti di raccolta. Per quanto riguarda le Unità di Raccolta (UdR), la Regione dichiara, non essendo presenti Unità di raccolta associative, che quelle presenti sono gestite presso strutture pubbliche sotto responsabilità dei SIT. In relazione al programma di verifiche, la Regione ha trasmesso la nota prot. 0157522 del 19 novembre 2013 con cui vengono calendarizzate le visite ispettive presso i SIT e i rispettive punti di raccolta.

AAE.2
Dalla documentazione inviata relativa all'utilizzazione dei fondi assegnati per l'istituzione e il funzionamento della SRC, si evince che l'utilizzo dei fondi pregressi già assegnati avverrà a decorrere dall'anno 2013, per una cifra costante (75.000,00 Euro), in coerenza con la nuova individuazione della SRC.

AAE.3
Anche se non è stato presentato l'atto formale del Recepimento formale dell'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 (Linee guida accreditamento servizi trasfusionali e UR), risulta che la Regione nell'adozione del Piano sangue tenga conto delle disposizioni dell'Accordo.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON PRESCRIZIONE

La Regione ha trasmesso al Comitato Percorso Nascita Nazionale la relazione richiesta circa lo stato di attuazione delle linee di indirizzo contenute nell'Accordo del 16 dicembre 2010 specificamente individuate dal Questionario LEA.

Relativamente alla prima linea di indirizzo citata nel Questionario (misure di politica sanitaria e di accreditamento con riferimento a chiusura dei punti nascita e attivazione STAM e STEN), la Regione riferisce che, con DGR 970/2012, ha disposto la riorganizzazione dei punti nascita in base ai requisiti previsti dall'Accordo del dicembre 2010. Nello stesso atto si dà mandato alle Aziende regionali umbre (due territoriali e due ospedaliere) di redigere il piano attuativo locale nel quale le Aziende devono procedere alla riorganizzazione della rete materno infantile, compresa la riorganizzazione dei punti nascita e la rete STAM e STEN. In questa fase le Aziende stanno procedendo alla stesura dei Piani attuativi locali con le modifiche richieste dall'atto regionale. Si prevede la chiusura della fase di concertazione con le Aziende entro dicembre 2013.

Relativamente alle altre linee di indirizzo presenti nel Questionario (integrazione territorio ospedale, implementazione delle linee guida relative alla gravidanza fisiologica ed al taglio cesareo elaborate da SNLG-ISS ed implementazione della raccomandazione per la prevenzione della mortalità materna elaborata dal Ministero della salute, procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto, formazione degli operatori), si prende atto di quanto riportato nella relazione della Regione in merito alle azione poste in essere nella Azienda Territoriale e Ospedaliera Umbria 1 e Azienda Territoriale e Ospedaliera Umbria 2 che permettono di rilevare un avanzato livello di implementazione di tali linee di azione.

La Regione riferisce inoltre che nella riorganizzazione della rete dei punti nascita non sono state effettuate deroghe rispetto a quanto contenuto nell'Accordo.

Tenendo conto che, nonostante siano presenti elementi utili a verificare la buona aderenza degli atti programmatori della Regione alle linee di indirizzo contenute nell'Accordo del 2010, la Regione non appare aver ottemperato agli impegni derivanti dalla verifica 2011, si rileva quanto segue.

La DGR 970/2012 era già stata citata nel Questionario LEA 2011, insieme alla DGR 609/2012 contenente gli obiettivi da raggiungere e le azioni da realizzare relativamente alla riorganizzazione dei punti nascita ed in particolare l'attivazione di un sistema standardizzato di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN) e la riduzione progressiva di 2-3 Punti Nascita entro il 2013.

In virtù dell'impegno assunto con tale delibera a riorganizzare il percorso nascita, era stato formulato per il 2011 un giudizio di adempienza, invitando, tuttavia, la Regione a formulare ed inviare un cronoprogramma dal quale si potessero evincere i tempi di realizzazione delle azioni contenute nelle DGR, apparendo generico il termine in esse contenuto di dicembre 2013 che non lasciava emergere la sequenzialità di tale riorganizzazione.

La relazione inviata dalla Regione, rispetto alla situazione definita nel Questionario LEA 2011, non appare aggiungere nulla che permetta di rilevare la situazione attuale; né fornisce un cronoprogramma dettagliato della riorganizzazione dei punti nascita, già richiesto nella verifica 2011 e reiterato nel Questionario 2012. Appare infatti troppo generico ai fini della formulazione di un parere di piena adempienza dichiarare che: le Aziende stanno procedendo alla stesura dei Piani attuativi locali con le modifiche richieste dall'atto regionale. Si prevede la chiusura della fase di concertazione con le Aziende entro dicembre 2013.

In particolare, in merito a quanto indicato dalla DGR 609/2012 sulla chiusura di 2-3 punti nascita la Regione non definisce in maniera puntuale il numero di punti nascita da chiudere.

Inoltre, la relazione, ad eccezione di un riferimento al sistema di trasporto assistito materno (STAM) attivo nel punto nascita di Narni in raccordo con AOT (Azienda Ospedaliera di Terni), non fornisce

indicazioni relativamente allo stato di attuazione dell'attivazione dello STAM e di emergenza del neonato (STEN) Anche in questo caso la relazione definisce genericamente la chiusura della fase di concertazione con le Aziende entro dicembre 2013.
La Regione Umbria ha trasmesso al Comitato Percorso Nascita Nazionale una relazione integrativa nella quale si fa riferimento alla DGR 1344 del 2/12/2013 "Riorganizzazione area materno infantile e razionalizzazione dei punti nascita della Regione Umbria" che stabilisce di prevedere una nuova fase programmatoria con riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita...; di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali di riorganizzare i punti nascita dei presidi ospedalieri territoriali in forma integrata con le Aziende ospedaliere di Perugia e Terni, da assicurare attraverso protocolli operativi da sottoscrivere entro il 31 marzo 2014; di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende USL Umbria 1 e Umbria 2 di presentare un cronoprogramma degli interventi entro il 30 giugno.
A seguito dell'invio da parte degli organi istituzionali di documentazione consistente in un impegno a dare attuazione a quanto già previsto per la riorganizzazione e la messa in sicurezza dei punti nascita entro il primo semestre 2014, la Regione è stata considerata adempiente con prescrizione.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1
ADEMPIENTE
La Regione ha individuato in maniera dettagliata tutta la rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza. Ha identificato la rete dell' emergenza territoriale nelle sue articolazioni e le modalità di integrazione con la componente ospedaliera. E' prevista entro l'anno la riduzione del numero di CO 118 da tre ad una CO regionale unica, istituita con atto regionale nel 2011.
Si segnala che non sono ancora presenti modalità di raccordo tra il sistema dell'emergenza-urgenza e la Continuità Assistenziale e che il coordinamento Regionale è affidato alla Direzione Regionale Sanità.
La Regione ha trasmesso la DGR 978/2013 relativa all'istituzione della rete della Sindrome Coronarica Acuta, e gli ulteriori atti istitutivi delle altre reti assistenziali tempo dipendenti, Trauma e Stroke.

AAG.2
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la Regione è adempiente per la disponibilità del dato, per la qualità dei contenuti informativi e per la completezza territoriale.

AAG.3
ADEMPIENTE
La Regione presenta un valore dell'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" pari a 17 (valore normale <=18; scostamento minimo accoglibile 19-21), identico rispetto all'anno 2011.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE
La Regione fornisce una descrizione del numero delle forme associative (semplici, in rete e di gruppo) attivate nelle due ASL Umbria 1 e Umbria 2 con il relativo numero sia dei Medici di Medicina Generale (MMG) che dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) nelle stesse coinvolti (68% MMG e 48% PLS nella ASL 1 e 71% MMG e 65% PLS nella ASL 2). Relativamente ai modelli organizzativi delle

Cure Primarie fornisce la descrizione delle due Case della Salute attivate, una per ogni ASL indicando i principali servizi in esse presenti tra cui il PUA, la postazione di Continuità Assistenziale (ex Guardia medica) e l'ambulatorio di C.A. H24. In merito all'informatizzazione delle procedure mediche, il 100% dei medici si avvale sia della scheda sanitaria individuale su supporto informatico, che di sistemi di comunicazione di tipo telematico. Inoltre la Regione segnala l'attivazione di altre forme organizzative delle Cure Primarie: le Equipe Territoriali quale modello pluridisciplinare che vede l'integrazione dei Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Continuità Assistenziale (MCA). Riguardo l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), come previsto dalla Legge 189/2012 (decreto Balduzzi) la Regione è in attesa di predisporre gli interventi per la relativa attivazione ad avvenuta approvazione del nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR). Relativamente all'utilizzo delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche da parte dei MMG/PLS, la Regione ha fatto pervenire, a seguito di specifica richiesta, i dati relativi alle citate trasmissioni specificando che l'avvio di tale procedura è stato concordato nell'ambito del Comitato Regionale MMG nell'anno 2012.

aai) Riabilitazione

AAI.1

ADEMPIENTE

In merito ai singoli punti oggetto di valutazione, riportati nelle Note di compilazione del Questionario, si evidenzia quanto segue

a) Il gruppo istituzionalizzato coincide con la rete della riabilitazione, svolge attività di integrazione, programmazione e proposte organizzative per la riabilitazione regionale con incontri periodici con i responsabili delle Aziende regionali
b) Sono attive due commissioni:
    - revisione DGR 1985/2006 "Definizione percorsi assistenziali tra reparti per acuti della rete ospedaliera regionale e strutture riabilitative"
    - riabilitazione territoriale.
c) Le commissioni hanno elaborato dei documenti parziali che debbono essere completati nel corso del 2013.
d) Nell'ambito della prima commissione (vedi sopra) si è discussa l'applicazione del Pri fin dalla dimissione dall'ospedale.
e) In applicazione della vigente normativa regionale il progetto riabilitativo di struttura viene applicato in tutte i servizi.
f) Sono in uso strumenti e procedure per l'integrazione ospedale-territorio.

AAI.2

La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	15,3%	16,1%	15,4%	14,7%	11,8%	13,5%
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	14,9%	10,7%	14,4%	10,2%	13,9%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	6,5%	8,7%	7,2%	9,3%	7,8%	9,1%

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE
La Regione risulta adempiente in quanto sufficiente per 4 item su 5.
Tra le criticità si segnala, tra gli indicatori di performance, un livello di attività insoddisfacente per la percentuale dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione (41,1%).
La Regione risulta insufficiente per i flussi informativi veterinari, con punteggio pari al 80,5% ma 3 indicatori vincolanti su 6. In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili, per i controlli riguardanti le Salmonellosi zoonotiche e per ciò che concerne i flussi informativi relativi ai piani di risanamento. Si segnala inoltre un livello di attività inadeguato in merito al controllo sui residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale e del finanziamento dei controlli ufficiali.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
La Regione ha provveduto a trasmettere la DGR 830 del 22 luglio 2013 con la quale recepisce le Linee guida nazionali per la dematerializzazione clinica in diagnostica per immagini di cui all'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sancita nella seduta del 4 aprile 2012.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1
ADEMPIENTE
La Regione Umbria ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare un andamento variabile dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR) nel corso degli ultimi tre anni. Pur mantenendo sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, la spesa ben al di sotto del tetto del 13,1% (incidenza del 11,93% sul FSR), la Regione mostra un'incidenza ancora troppo elevata della propria spesa farmaceutica rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 15,5% del FSR (17,10% nel 2012, rispetto alla somma dei tetti 13,1%+2,4%), a causa di una spesa farmaceutica ospedaliera crescente nel triennio 2010-2012 (5,17% nel 2012 rispetto al tetto del 2,4%). La riduzione, nel corso dell'ultimo anno, dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale e il rispetto del tetto del 13,1%, è dovuta principalmente all'aggiornamento dell'accordo regionale con le farmacie territoriali in materia di "Distribuzione per conto" e all'introduzione di misure di compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie per i cittadini, differenziate per fasce di reddito. Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica

ospedaliera, la regione Umbria evidenzia un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR nei tre anni. La sola razionalizzazione della spesa per i farmaci oncologici ha un impatto economico insufficiente al contenimento della spesa ospedaliera e lascia importanti margini d'azione per un governo virtuoso dell'assistenza farmaceutica.
La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, aggiornato una sola volta nel 2012, senza trasmetterlo all'AIFA. Infine, la Regione ha garantito l'accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, con tempi differenti per le due specialità medicinali, in largo anticipo per il Mozobil® e in sostanziale ritardo per il Gilenya®, rispetto ai tempi medi nazionali.

AAL.2
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi ricadente nel periodo indicato.

AAL.3
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del periodo indicato.

Veneto

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli previsti dall'adempimento in oggetto; in un primo tempo sussisteva un'incoerenza tra i modelli CE e SP alla voce "utile" e la non coincidenza del dato inserito nell'allegato 5 (A5199), rispetto al valore immesso nel SIS in corrispondenza della voce "Altre prestazioni escluse dai LEA – Altro". Successivamente la Regione ha superato le criticità sopra evidenziate, venendo considerata adempiente.

Statistici

ADEMPIENTE

La copertura e la qualità dei dati risultano buone.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Veneto con un punteggio pari a 193 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia delle criticità per i seguenti indicatori: copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR), vaccinazione antinfluenzale nell'anziano e costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla Base Dati nazionale risulta che, a gennaio 2013, la Regione Veneto ha una dotazione complessiva di 18.688 posti letto, pari a 3,85 per 1.000 abitanti, di cui 3,28 per pazienti acuti (15.897 posti letto) e 0,58 per riabilitazione e lungodegenza (2.791 posti letto).

Tali dati risultano lievemente superiori rispetto allo standard previsto dalla Legge 135/2012.

In riferimento a tale tematica, la Regione risulta aver trasmesso la L.R. 23/2012 relativa all'approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016, i cui contenuti appaiono in linea con i disposti della Legge 135/2012.

F.2

ADEMPIENTE

La Base Dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2010-2011-2012) un Tasso di Ospedalizzazione totale inferiore allo standard di 180 per 1000 abitanti già nell'anno 2010, con un trend in ulteriore decremento fino a raggiungere il 130,71 nell'anno 2012; è pertanto in linea con i disposti normativi di riferimento.

Il Tasso di Ospedalizzazione per il regime diurno è al di sopra del valore del 25% negli anni 2010 e 2011, con un differenziale di circa 2 punti percentuale, mentre nell'anno 2012 risulta ricondotto all'interno del valore limite del 25% (24,8%).

In riferimento alla tematica in questione, la Regione risulta aver trasmesso la DGR 3140/2010 e la DGR 2369/2011 inerenti, fra l'altro, disposizioni per il raggiungimento del tasso di ospedalizzazione del 140 per 1000 abitanti.

I provvedimenti regionali adottati appaiono in linea con i contenuti della L. 135/12.

g) Appropriatezza

A soli fini informativi, la regione Veneto, per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza, non presenta alcuna situazione critica; circa il 6% dei DRG non rispetta la soglia di appropriatezza.

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

La Regione svolge attività di monitoraggio ex post. Dai dati pervenuti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) si segnala che il campo "Classe di priorità" presenta una percentuale di copertura al di sotto della soglia prevista e precisamente: 63,62 (I semestre) - 63,59% (II semestre).

Nonostante il mancato rispetto della soglia prevista per l'anno 2012, dalla documentazione trasmessa dalla Regione, risulta che per superare le criticità emerse sono stati messi in atto numerosi interventi tra cui la predisposizione dell'analisi finalizzata alla attività di centralizzazione a livello regionale del flusso informativo relativo alla gestione dell'art. 50 - ricette di specialistica, la raccomandazione alle Aziende sanitarie di verificare la corretta valorizzazione, laddove necessaria, delle classi di priorità, la costituzione di una commissione di lavoro per la centralizzazione e il monitoraggio della qualità del dato inerente le prestazioni specialistiche.

Non è stato possibile calcolare l'indicatore dei Tempi di Attesa, previsto solo per le Regioni per le quali risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto il monitoraggio ex ante nel corso dell'anno 2012. I dati pervenuti riguardano la rilevazione aprile 2012 e la rilevazione ottobre 2012. Le soglie di garanzia risultano essere:

- % di garanzia Classe B aprile 69,03%
- % di garanzia Classe D aprile 73,75%
- % di garanzia Classe B ottobre 77,48%
- % di garanzia Classe D ottobre 73,95%

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Dai dati in possesso del Ministero risulta quanto segue.

- Campo Data Prenotazione:
  - Regime ordinario. Campi compilati correttamente 89,18%.
  - Regime DH. Campi compilati correttamente 89,73%
- Campo Classe di priorità:
  - Regime ordinario. Campi compilati correttamente 89,17%
  - Regime DH. Campi compilati correttamente 95,35%

La completezza di trasmissione dei suddetti campi deve corrispondere al 90%.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni

La Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni. Inoltre la Regione fornisce indicazioni sugli interventi da mettere in atto per fronteggiare i disagi.

H.5 Monitoraggio PDT complessi

Dall'esame dei dati relativi al monitoraggio dei PDT complessi così come previsto dalle Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi (giugno 2011), risulta che tale attività viene correttamente svolta.

l) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

La Regione Veneto ha evidenziato nel 2012 una spesa farmaceutica territoriale di 934,7 milioni di Euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 13,1% del Fabbisogno sanitario regionale dello -2,34% (-203,5 milioni di Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2012 risulta superiore rispetto a quella inizialmente prevista dall'AIFA ai sensi dell'art.5, comma 4, della L.222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 394,5 milioni di Euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno sanitario regionale del 2,14% (+185,9 milioni di Euro).

La Regione Veneto evidenza una spesa farmaceutica complessivamente all'interno dei livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un avanzo di -17,6 milioni di Euro.

La Regione, pur rispettando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, evidenza il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.

Pertanto, per il parere finale si rimanda alla valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato LEA.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2012.

Regione: VENETO			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	638.089.797,14	7,34%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	11.408.087,00	0,13%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	22.853.292,00	0,26%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	323.788,00	0,00%
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	207.604.345,00	2,39%
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	123.639.731,00	1,42%
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	63.121.345,00	0,73%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	60.518.386,00	0,70%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**	**934.748.706,14**	**10,76%**
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	8.688.761.108,00	100,00%
G=F×13,1%	Tetto 13,1%	1.138.227.705,15	13,10%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-203.478.999,01	-2,34%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007	886.167.771,00	
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)	611.795.000,00	7,04%
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		0,00%
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	6.668.977,00	0,08%
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	389.290,00	0,0045%
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	2.661.019,00	0,03%
O=L-C-N.1-N.2-N.3	**Totale spesa Ospedaliera**	**394.471.369,00**	**4,54%**
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	8.688.761.108,00	100,00%
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%	208.530.266,59	2,40%
R=O-Q	Scostamento assoluto	185.941.102,41	2,14%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		0

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE

Relativamente ai Processi di verifica e validazione dei dati e di governo sui sistemi informativi, la Regione dichiara che la trasmissione delle informazioni relative ai dati CE, SP, CE, LA e la relativa validazione è in carico alle Aziende Socio Sanitarie del Veneto che hanno la responsabilità diretta del controllo dei dati.

Per quanto riguarda i dati FLS.11, FLS.12, STS.11, STS.14, RIA.11, HSP.11, HSP.12, HSP.13, HSP.14, HSP.16,Conto Annuale, FLS.18, FLS.21, STS.24, HSP.22bis, HSP.24 le Aziende Socio Sanitarie del Veneto trasmettono i dati al Ministero e contestualmente alla Regione ed è quest'ultima a validare le informazioni.

Per quanto riguarda i dati del flusso ex art. 50 (specialistica e farmaceutica) le Aziende Socio Sanitarie hanno la responsabilità diretta del controllo dei dati e trasmettono i dati direttamente al Ministero.
Per quanto riguarda i dati SDO, CEDAP, EMUR, SIAD, FAR, SISM, SIND e HOSPICE, la trasmissione e la validazione è centralizzata a livello regionale.

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE
La Regione ha provveduto ad ottemperare agli adempimenti necessari al fine di attivare la procedura di adozione della contabilità analitica. Sono stati rispettati i quattro obiettivi previsti dalla scheda "Verifica e monitoraggio stato di implementazione CO.AN".

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione, in base alla DGR 2792 del 24 dicembre 2012, ha rispettato l'adempimento in oggetto.

p) Dispositivi medici

P.1
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

P.2-P.3
La Regione, nell'ambito dell'attività del Gruppo di Lavoro Nazionale finalizzato al corretto avvio dei flussi di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici, ha partecipato attivamente a tutte le riunioni (6/6) mettendo a disposizione di tutti l'esperienza maturata nel settore ed ha evidenziato in maniera proattiva le criticità tecniche ed operative proprie dell'attività in oggetto pianificandone anche le risoluzioni in coerenza con il DM 11 giugno 2010.
La Regione ha contribuito alle attività del Sottogruppo di Lavoro "Contratti" per l'elaborazione delle "Linee Guida per il tracciato Contratti" e del Sottogruppo di Lavoro "Unità di misura" nella definizione delle "Linee Guida per il tracciato Unità di misura".
Inoltre, sono state fornite da parte della Regione puntuali osservazioni in merito ad elementi caratterizzanti e significativi al fine della predisposizione della bozza delle "Linee Guida per potenziare la consultazione e l'utilizzo del Repertorio dei Dispositivi Medici".
La Regione ha curato, inoltre, in modo ottimale la diffusione delle informazioni agli operatori delle strutture sanitarie del territorio di competenza.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2
ADEMPIENTE
Per l'anno 2012, il punteggio totale riportato dalla Regione è di **23** punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale del disabile: 1 punto
Offerta assistenziale: 9 punti
Ripartizione degli oneri: 9 punti
Fornitura dati posti letto: 4 punti.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza Domiciliare relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che non sono stati adottati provvedimenti, che modificano l'adempimento previsto dall'articolo 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, prevedendo l'abbattimento tariffario pari a circa il 48% relativo alla lungodegenza oltre il valore soglia di 40 giorni (DGR 1805/2011 con validità 1 gennaio 2012 e DGR 442/2013).

u) Piano nazionale della prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Veneto risulta pari a 90, superiore al valore soglia fissato per la verifica dell'adempienza.

- U.1 Piano regionale di prevenzione: ADEMPIENTE
- U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio: ADEMPIENTE
- U.2.2 Origine dell'infezione identificata: ADEMPIENTE
- U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza: INADEMPIENTE
- U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.2 Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five a day): per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie: per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento
- U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro: ADEMPIENTE

  La Regione Veneto ha provveduto nel 2012 ad assicurare l'utilizzo del sistema informatico gestionale Prevnet per la registrazione delle attività di vigilanza nella totalità degli SPISAL, con la prospettiva di garantire il mantenimento del sistema stesso.

  Sul piano qualitativo si riconosce l'avvenuto potenziamento, confermato dall'attivazione di corsi, indirizzati a UPG, SPISAL neoassunti, relativi a: utilizzo dei flussi informativi INAIL; rischi ergonomici; requisiti di sicurezza nel comparto Agricoltura; inchieste giudiziarie sugli infortuni e sulle malattie professionali e sui sistemi di gestione della sicurezza.

  E' stato raggiunto il valore soglia programmato di almeno il 5% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi in un anno rispetto al totale.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE
La regione Veneto ha avviato l'accreditamento dei provider regionali con la DGR 2215 del 22 dicembre 2011 sulla base di regole e requisiti coerenti con gli Accordi Stato-Regioni vigenti in materia, attraverso una piattaforma informatica centralizzata.
Allo stato, risulta che la Regione con nota prot. 141077 del 3 aprile 2013 ha chiesto all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali di sottoscrivere una Convenzione per l'esecuzione delle attività operative procedurali e informatiche occorrenti per l'accreditamento al sistema regionale degli aspiranti provider, e che tale convenzione è in fase di perfezionamento.
Inoltre, con DSR n.150 del 4/12/2013, ha nominato i componenti dell'Osservatorio regionale di rappresentanza degli ordini, collegi e associazioni professionali.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE
X.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Linee guida cliniche attraverso PDT
La Regione ha formalizzato i monitoraggi in corso con specifiche DGR.

X.1.2 Monitoraggio dell'implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale nell'anno 2012.
La Regione ha proseguito nel 2012 le attività di monitoraggio avviate nel 2011. Viene riportata tra le iniziative avviate nel 2012 l'attività svolta per la rete integrata di gestione dell'ictus in fase acuta e la costituzione, a marzo 2012, della "Commissione regionale per l'applicazione del Piano socio sanitario oncologico". Risulta inoltre costituito, con Decreto del Segretario Regionale per la sanità n. 25 dell'11 aprile 2011, un Gruppo di lavoro con lo scopo di dar seguito a quanto previsto dall'Accordo del 16 dicembre 2010, recepito con DGR 1085 del 26 luglio 2011.

X.1.3 Esistenza a livello regionale di una funzione (ufficio/servizio/gruppo di lavoro) che svolge regolarmente la raccolta e l'analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio.
La Regione indica il Gruppo di lavoro costituito da Personale afferente alla Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria Direzione Controlli e Governo SSR.
Per quanto sopra esposto, la Regione risulta adempiente; si richiede comunque di venire a conoscenza dei lavori della "Commissione regionale per l'applicazione del Piano socio sanitario oncologico".

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE
Per il 2012, La Regione dichiara di garantire prestazioni aggiuntive in tutte le aree assistenziali.
La Regione trasmette la delibera 1141 del 5 luglio 2013 avente ad oggetto "Ricognizione dei livelli aggiuntivi di assistenza erogati nella Regione del Veneto al 31/12/2012. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano Rep. Atti n. 243 del 3 dicembre 2009 - art. 4 Adempimenti per l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale" e relativo allegato in cui sono riportate tutti le prestazioni aggiuntive garantite nel corso del 2012 con indicazione degli oneri sostenuti e capitoli di bilancio su cui gli stessi oneri gravano.
I dati dichiarati risultano conformi a quanto indicato dalla Regione nel Modello LA – allegato 5.

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE
La regione Veneto ha adempiuto a quanto disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004, fornendo quanto richiesto. Infatti, per quanto riguarda le risorse residue, la Regione ha sottoscritto in data 22 marzo 2012 un Accordo di programma nel quale riserva al potenziamento ed ammodernamento tecnologico rispettivamente il 50% delle risorse disponibili.
In data 1 marzo 2013 la Regione ha sottoscritto un Accordo di programma che riserva il 18,12% delle risorse al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE
La Regione relaziona sull'iter dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie operanti nella Regione.
L'iter risulta completato appieno per le strutture sanitarie; pur rilevandosi la non totale conclusione per quelle socio sanitarie, deve apprezzarsi lo status di avanzamento dell'iter, in particolare si può ritenere che il completamento avvenga in tempi limitati, atteso che le strutture mancanti sono tutte in valutazione.
Alla luce di quanto sopra esposto, si ritiene la Regione adempiente; si ribadisce tuttavia la necessità di comunicare la conclusione delle procedure di accreditamento.

aj) Sperimentazioni gestionali

ADEMPIENTE
La regione Veneto ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali compilata in tutte le sue parti. La Regione ha allegato la normativa regionale in materia di sperimentazioni gestionali (DGR 1/DDL 31 gennaio 2012) avente ad oggetto la "Stabilizzazione delle sperimentazioni gestionali di Motta di Livenza e di Cavarzere". Tale atto delibera la continuità delle sperimentazioni gestionali con capitale a maggioranza pubblica. Al 31 dicembre 2012 risultano in corso due sperimentazioni gestionali (Istituto Elioterapico Codivilla Putti S.p.A. e Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione S.p.A.), nella forma di Società miste pubblico-privato, per le quali la Regione ha allegato le relazioni annuali di verifica; in particolare, per la sperimentazione gestionale "Istituto Elioterapico Codivilla Putti" di Cortina si evince che con L.R. n. 3 del 5 aprile 2013, il Consiglio Regionale del Veneto dispone la "Cessazione della sperimentazione della gestione pubblico-privata dell'ospedale Codivilla-Putti di Cortina d'Ampezzo. Scioglimento della società "Istituto Codivilla-Putti di Cortina S.p.A." (art. 13)". Si prende atto di quanto dichiarato, che sarà oggetto di valutazione nell'anno 2013.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

ADEMPIENTE
La Regione aveva precedentemente allegato gli atti normativi sulla riorganizzazione della rete laboratoristica. Con riferimento alla rete laboratoristica pubblica la Regione ha indicato, ed allegato, l'atto di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni 23 marzo 2011 e la L.R. 23 del 2012 (approvazione del PSSR 2012-2016) in attuazione della quale sono state definite le nuove schede di dotazione

Ospedaliere e territoriali approvate con DGR n. 68 CR 18/06/2013 (attualmente in esame della V° commissione Consiliare) con cui viene ridefinita la riorganizzazione della rete laboratoristica.
La Regione ha indicato ed allegato la normativa sul service di laboratorio.
In merito alla medicina di laboratorio, la Regione ha risposto a tutti i quesiti posti nel Questionario.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE
La Regione Veneto ha trasmesso il report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche in cui specifica che la normativa regionale di riferimento in tema di controlli sanitari è, relativamente all'anno 2012, la DGR 3444 del 30 dicembre 2010. La Regione identifica come prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza i ricoveri afferenti ai 108 DRG di cui alla DGR 4277 del 29 dicembre 2009 e su tali tipologie di ricoveri effettua una valutazione della correttezza di codifica della SDO (congruenza con quanto riportato in cartella clinica) e dell'appropriatezza del setting assistenziale utilizzato (ricovero ordinario, ricovero diurno, prestazione ambulatoriale).
La Regione ha trasmesso le Tabelle 1 e 2 compilate separatamente per gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati come specificato nella Circolare Ministeriale n.5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche". Inoltre, in seguito alle verifiche effettuate sui risultati dei controlli di ciascuna struttura erogatrice e all'integrazione dei dati acquisita dalle Aziende ULSS, fornisce i dati aggiornati dichiarando di raggiungere una percentuale complessiva di controlli analitici casuali superiore al 10% sia per le strutture pubbliche che per le private accreditate. Si ricorda, tuttavia, che ai sensi del DM del 10.12.2009 il controllo analitico casuale del 10% delle cartelle cliniche deve essere assicurato per ciascun soggetto erogatore. In relazione a ciò, la Regione ha trasmesso copia delle note inviate ai Direttori Generali delle Aziende Socio Sanitarie che non hanno raggiunto la soglia del 10% relativamente ai controlli analitici casuali.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
Relativamente alla verifica 2011, la Regione era stata considerata adempiente con impegno a risolvere i problemi di contabilizzazione della spesa protesica per l'anno 2012 adottando criteri uniformi in tutte le aziende, coerentemente con il modello LA. Infatti, secondo quanto dichiarato dalla Regione stessa, la spesa, di cui agli allegati 1-2-3 del D.M. 332/1999, non corrispondeva alla somma di quanto riportato nel modello LA nell'apposita voce L20700, limitatamente alle colonne "consumi sanitari" e "prestazioni sanitarie". La somma certificata dalla Regione relativa agli allegati 1-2-3 ammontava a 91.558 (in migliaia di Euro) contro 71.422 risultanti dal modello LA, nelle voci prima descritte. La Regione aveva motivato in maniera esaustiva la discordanza tra tali valori, inviando una nota giustificativa in merito, molto dettagliata.
In considerazione delle linee guida emanate per una più corretta contabilizzazione del modello LA a partire dal 2013, risulta assolto l'impegno relativo alla verifica 2011; parimenti la Regione viene considerata adempiente per l'anno 2012.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE
Dall'analisi della documentazione trasmessa, la Regione viene considerata adempiente.

AO.2
ADEMPIENTE
Relativamente al monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice") la Regione non ha inviato il Piano di Adeguamento ed ha trasmesso al NSIS i dati a partire dal IV trimestre 2012.

AO.3
ADEMPIENTE
La documentazione trasmessa in relazione alle attività inerenti l'attivazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia, è valutata positivamente.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE
AP.1
La Regione dichiara che nel 2012, a seguito di presa in carico da parte della Asl di provenienza, sono stati dimesse 25 persone (sul totale di 45), provenienti dalla Regione, già internate in regime di proroga della misura di sicurezza detentiva in un OPG del territorio nazionale

AP.2
La Regione ha formalmente individuato strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali (ad esempio invio in CT - Comunità Terapeutica) dei minori accolti dai CPA (Centri di Prima Accoglienza) e allega le apposite delibere.

AP.3
La Regione allega la DGR 3585/2010 "Autorizzazione all'Azienda ULSS n. 20 per l'apertura del reparto di osservazione psichiatrica, all'interno della Casa circondariale di Verona" ex art. 112 del DPR 230/00 per n. 5 posti letto, attivo dal 1 marzo 2012.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE
AS.1.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali
La Regione pur provvedendo alla trasmissione delle Raccomandazioni Ministeriali non ha effettuato il monitoraggio circa l'implementazione delle stesse. Allo stato attuale la Regione ha effettuato solo la predisposizione di un questionario finalizzato alla verifica dell'adozione e alla formazione in merito. La Regione dichiara che i risultati sono ancora in corso di elaborazione.

AS.1.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici
La Regione ha inviato una nota circa la ricognizione effettuata nel corso del 2010 per rilevare quali strutture sanitarie avevano attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici.

AS.1.3 Iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari relative alle Raccomandazioni ministeriali
La Regione Veneto ha inviato l'elenco degli eventi formativi rivolti agli operatori sanitari sulle raccomandazioni ministeriali.

AS.2 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria.
La Regione ha effettuato il monitoraggio da cui risulta che il numero di UO chirurgiche che utilizzano la checklist in Sala Operatoria sono il 100% delle unità operative esistenti.

AS.3 Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES
La regione, pur inserendo nel flusso SIMES gli eventi sentinella avvenuti, non ha ancora trasmesso l'atto regionale che definisce la procedura per il caricamento e la validazione degli stessi nel SIMES.

La Regione non risponde pienamente ai criteri previsti per l'adempienza in quanto non ha provveduto con atto formale al monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali, anche se ha effettuato la trasmissione delle stesse alle strutture sanitarie.
Si resta pertanto in attesa del suddetto atto formale di monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali.
Per quanto attiene la centralizzazione dei farmaci antiblastici, si chiede di specificare se dal 2010 nulla sia cambiato circa le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione degli antiblastici.
Per il Monitoraggio degli Eventi sentinella tramite il SIMES, si resta in attesa dell'atto formale della Regione circa la definizione della corretta procedura per il SIMES nonché della individuazione dei referenti regionali.
La Regione ha trasmesso una versione aggiornata del Questionario e, in data 18 settembre, ha integrato con altra documentazione circa i punti AS.1.1 e AS.3; dall'analisi della documentazione pervenuta risulta che la Regione Veneto è adempiente.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Valutazione Tavolo adempimenti
La Regione ha trasmesso la documentazione prevista dall'adempimento in oggetto, anche se non ha rispettato la tempistica (26 giugno 2013).

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che nell'ambito del proprio territorio sono implementati 21 CUP (1 per azienda). Dichiara inoltre che sono presenti 2 CUP unificati e 1 CUP integrato.

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la salute mentale relativi all'anno 2012 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS. Relativamente alla completezza territoriale si segnala la mancanza dei dati da parte della ASL 111.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2012 presenti in NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

Il sistema FSE è unico regionale e integra tutti i documenti previsti. La Regione non fornisce indicazioni sulla copertura territoriale che tuttavia è desumibile dall'informazione sulla percentuale di ciascuna tipologia di documento emesso e integrato nel FSE.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

AAE.1

La Regione ha avviato la procedura di ricognizione dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di Raccolta, propedeutica alle visite di verifica dell'applicazione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici.

Ha avviato la costituzione di gruppi tecnici per le visite di verifica.

AAE.2

La Regione ha utilizzato i fondi assegnati, previsti dalla legge 21 ottobre 2005, n. 219, articolo 6, comma 1, lettera c), per l'istituzione e il funzionamento della Struttura Regionale di coordinamento (SRC) solo per l'anno 2009 e ha dichiarato di avere formalmente attribuito alla SRC le funzioni previste dall'Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011.

AAE.3

E' stato formalmente recepito dalla Regione l'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012, e sono state intraprese iniziative per la razionalizzazione delle attività di lavorazione del sangue e produzione degli emocomponenti e delle attività diagnostiche di qualificazione biologica degli emocomponenti, conformemente alle Linee guida.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

AAF.1

La Regione ha inviato la relazione al Comitato Percorso Nascita Nazionale che permette di evincere una buona aderenza della Regione alle Linee di attività contenute nell'Accordo del 16 dicembre 2010.

Relativamente alla prima linea di indirizzo (misure di politica sanitaria e di accreditamento con riferimento a chiusura dei punti nascita e attivazione STAM e STEN), si rileva che, allo stato attuale, la Regione, oltre ad aver chiuso i punti nascita di Noventa Vicentina e Isola della Scala, come già dichiarato nel Q11, non ha ancora proceduto alla riorganizzazione/riduzione dei punti nascita con n. di parti < 500, demandando tale atto all'approvazione del Piano Sanitario Regionale per il Triennio 2012-2016, avvenuta, così come da dichiarazione della Regione, nel luglio 2012. Il Piano prevede una contrazione dei punti nascita; "... sarà, perciò, riorganizzata la rete dei punti nascita con l'obiettivo di pervenire ad una razionalizzazione ed una riduzione progressiva di quei punti nascita che registrano un numero di parti inferiore ai 1.000/anno, fatta eccezione per le zone montane, lagunari o a bassa densità abitativa".

Il Piano subordina la realizzazione di quanto sopra alla predisposizione delle Schede di dotazione ospedaliera ancora in via di elaborazione che definiranno la dotazione strutturale ospedaliera, indicheranno l'ammontare dei posti letto per aree omogenee e le unità operative autonome.

Per quanto attiene a STAM e STEN il report ottobre 2012 inviato dalla Regione riferisce un ottimo livello raggiunto per quanto attiene il trasporto delle gravide fortemente patologiche; per quanto riguarda il trasporto neonatale l'organizzazione, già definita dalla DGR 3318/2009 è a pieno regime, garantendo l'assistenza ai neonati critici fin dalla sala parto grazie all'attività di 2 centri attrezzati

(Padova e Verona) che agiscono con mezzi e personale proprio a disposizione di tutti i Punti nascita della Regione.
Si sottolinea che il Piano Sanitario Regionale per il Triennio 2012-2016 ribadisce la necessità di "... particolare attenzione al potenziamento del Servizio di Trasporto del Neonato Critico (STEN), facente capo alle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, ed all'attivazione e messa a regime del Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM)".
Relativamente alla seconda linea di indirizzo (integrazione territorio ospedale), i report trasmessi dalla Regione Veneto indicano che la rete dei Consultori Familiari pubblici è ben radicata nel territorio, con 114 sedi consultoriali presenti nelle Aziende ULSS venete, inoltre riferisce l'istituzione di un'apposita commissione regionale "… tendente a valutare la qualità dei percorsi territoriali-ospedalieri a supporto della gravida e successivamente al parto della puerpera, comprese gli interventi di supporto allo sviluppo delle nuove competenze genitoriali e all'acquisizione di stili di vita e attitudini educative e di accadimento del nato che favoriscano la prevenzione primaria".
Circa la terza linea di indirizzo (implementazione delle linee guida relative alla gravidanza fisiologica ed al taglio cesareo elaborate da SNLG-ISS ed implementazione della raccomandazione per la prevenzione della mortalità materna elaborata dal Ministero della salute), la Regione Veneto dichiara che la contestualizzazione delle prescrizioni contenute nelle linee guida nella realtà regionale veneta è avvenuta attraverso il lavoro della commissione istituita con Decreto del Segretario Regionale n 25 del 25 aprile 2011 e che le azioni per l'implementazione nella realtà regionale di quanto definito nell'Accordo, compresa la necessaria riallocazione delle risorse, sono state comprese nel Piano Sanitario Regionale 2012-2016; inoltre la Regione ha deciso di immettere il tema dell'assistenza perinatale come aspetto prioritario da trattare nella rete del rischio clinico.
Relativamente alla quarta linea di indirizzo (procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto), la Regione dichiara che con la L.R. n. 25 del 16 agosto 2007, la partoanalgesia viene offerta quale Livello Essenziale di Assistenza e che è attiva una rete che garantisce l'accesso a tale prestazione per gli assistiti in almeno un ospedale nella provincia nelle 24 ore e presso tutti i Punti Nascita nelle 12 ore diurne.
In merito alla quinta linea di indirizzo (formazione degli operatori), la Regione dichiara che è attiva una rete di accreditamento Regionale ECM che prevede, oltre alla Regione stessa, anche la presenza di una rete decentrata di provider data dalle aziende sanitarie locali e ospedaliere, comprese le Aziende Ospedaliere Universitarie. Ognuna di loro definisce una certa offerta formativa, in particolar modo per i temi della nascita, in collegamento con le società scientifiche, con le società di ostetricia, con le associazione degli ostetrici ginecologi ospedalieri, con la società di medicina perinatale, con la società di neonatologia e la società di pediatria. Negli anni 2011 e 2012 sono state attuate numerose attività formative, tendenti ad aumentare il livello delle conoscenze e delle competenze degli operatori coinvolti nei percorsi nascita. Inoltre è attivo un protocollo d'intesa tra le Scuola di Medicina e Chirurgia e la Regione per lo svolgimento di attività sia di formazione primaria (corsi di laurea e scuole di specializzazione) che secondaria (dottorati, master e corsi di perfezionamento), oltre che corsi ECM, in cui l'area dell'assistenza perinatale è assolutamente centrale.

AAF.2

La Regione Veneto dichiara di aver effettuato deroghe, di cui tuttavia non dà specifica, rimandandone l'esplicitazione all'approvazione della Scheda di dotazione ospedaliera in applicazione del Piano Sanitario Regionale 2012-2016.

Riassumendo, il Piano Sanitario Regionale per il Triennio 2012-2016, per quanto attiene alla riorganizzazione dei punti nascita, non contiene una precisa tempistica di realizzazione; manca, pertanto, l'indicazione del numero dei punti nascita che la Regione intende chiudere perché al di

sotto degli standard previsti dall'Accordo del 16 dicembre 2010, delle eventuali deroghe, dei tempi di attivazione e messa a regime del sistema di trasporto assistito neonatale (STEN).

Tuttavia, la Regione trasmette documentazione integrativa, in particolare una nota di chiarimenti in merito al cronoprogramma della riorganizzazione dei punti nascita, la quale, sebbene rimandi parzialmente tale riordino anche al 2014, permette, unitamente a quanto sopra relazionato, di delineare un deciso impegno nell'attuazione di quanto previsto dall'Accordo del 16 dicembre 2010.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE

La Regione ha individuato in maniera dettagliata tutta la rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza urgenza, distinguendo per ASL il Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA), senza ulteriore suddivisione, il Pronto Soccorso (PS) e i Punti di Primo Intervento (PPI); ha identificato la rete dell'emergenza territoriale nelle sue articolazioni e le modalità di integrazione con la componente ospedaliera e con la continuità assistenziale. Esiste un coordinamento regionale per l'emergenza, formalmente istituito. La Regione ha inoltre definito il Percorso delle Patologie ad alta complessità, con atti istitutivi formali.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la qualità dei contenuti informativi trasmessi al NSIS. Relativamente al Pronto Soccorso, si segnala l'assenza dei dati da parte di una struttura.

AAG.3

ADEMPIENTE

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 19 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21) in miglioramento rispetto all'anno 2011, dove presentava un valore pari a 21.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

Relativamente alle forme associative dell'Assistenza Primaria la Regione fornisce il numero delle forme associative semplici (1121), in rete (417) e di gruppo (970) presenti sull'intero territorio con l'indicazione del numero dei Medici in esse impegnati. È altresì programmato l'avvio di 164 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). La gestione della scheda sanitaria su supporto informatico avviene in misura del 100% mentre la trasmissione telematica delle ricette mediche in misura del 88%. I sistemi di comunicazione informatica (rete telematica e di teleconsulto e telemedicina) sono utilizzati al 22%. Relativamente ai modelli organizzativi delle Cure Primarie, la Regione Veneto ha avviato 32 Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) per le quali descrive i principali servizi erogati. Sia per le forme associative che per i modelli organizzativi sono stati previsti documenti istitutivi. Nulla viene riferito riguardo le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e i relativi indicatori.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

AAI.1

La Regione ha trasmesso la DGR 837 del 4 giugno 2013 "Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul documento "Piano di indirizzo per la riabilitazione", assolvendo l'impegno per l'anno 2011.

In merito ai singoli punti oggetto di valutazione, riportati nelle Note di compilazione del Questionario, si evidenzia quanto segue.

a) b) Con la DGR 3912 del 2007 era già stato istituito un gruppo di lavoro regionale per la realizzazione delle rete riabilitativa, la scelta degli strumenti per il corretto inquadramento clinico dei pazienti e la predisposizione del piano riabilitativo, la strutturazione di attività di formazione del personale delle Aziende nel settore. Nel corso del 2012 un sottogruppo di lavoro (decisori, professionisti, associazioni di pazienti, ecc.) ha presentato una proposta di riallineamento dei servizi, rivalutazione degli strumenti e adeguamento delle azioni, basata su un ampio processo di condivisione e partecipazione (e riversato nella legge di Piano). Sono approntati strumenti per il monitoraggio e conclusa una fase di sperimentazione. E' stata preparata una delibera che disseminerà il nuovo sistema di monitoraggio nel corso del 2013 e lo renderà a regime a partire dal 2014.

c) Il PRI deve essere obbligatoriamente inserito nella cartella clinica dei pazienti (previsto come requisito tra i requisiti per l'accreditamento), nel caso non fosse allegato alla SDO (come richiesto) il ricovero viene definito inappropriato e non remunerato; anche le prestazioni ambulatoriali non vengono remunerate se non in presenza di PRI.

d) Il processo di accreditamento delle strutture prevede l'elaborazione per ognuna di esse di progetti riabilitativi di struttura: sono stati così elaborati una serie di PRS articolati per servizi e struttura che sono necessari per la valutazione della certificazione di qualità. Ogni azienda ha elaborato percorsi per macro-area assistenziale es. per il post-ictus, per l'anziano fragile in dimissione protetta ed altri.

e) Vengono forniti esempi di percorsi che prevedono il collegamento funzionale tra ospedale e territorio.

AAI.2

La tabella seguente riporta i valori assunti dalla Regione per i tre indicatori relativi all'appropriatezza, con particolare riferimento all'area della riabilitazione neurologica, osseo scheletrica, cardiologica e respiratoria, individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post acuti.

	2010	Valore medio nazionale 2010	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	17,5%	16,1%	14,8%	14,7%	14,1%	13,5%
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	7,6%	10,7%	7,2%	10,2%	7,4%	10,5%
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	5,3%	8,7%	6,1%	9,3%	6,2%	9,1%

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE
La Regione risulta adempiente in quanto sufficiente per 5 item su 5.
Ha conseguito, inoltre, per i flussi informativi veterinari, un punteggio pari al 93% e 5 indicatori vincolanti su 6, con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione. In proposito tra le criticità si segnala, in particolare, l'insufficiente attività di farmacosorveglianza per gli operatori controllabili e l'inserimento incompleto nel sistema NSIS/PNR della documentazione riguardanti le non conformità derivanti dal Piano Nazionale Residui per la ricerca di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
Con DGR 962 del 18 giugno 2013 la Regione ha recepito le Linee Guida nazionali per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini di cui all'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sancita nella seduta del 4 aprile 2012.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1
ADEMPIENTE
La Regione Veneto ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare una riduzione dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR), nel corso del triennio 2010-2012 (15,3%, rispetto al 15,5% dato dalla somma dei tetti 13,1% + 2,4%).
Tale risultato è stato conseguito in particolare per effetto della progressiva riduzione nel corso dell'ultimo triennio dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale.
Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, il Veneto evidenzia un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR, in gran parte collegato all'aumento della spesa in distribuzione diretta/per conto (di fascia H) e per i farmaci oncologici. I provvedimenti emanati dalla Regione sono finalizzati essenzialmente al raggiungimento di migliori performance economiche da parte delle Aziende ospedaliere e al contenimento della spesa.
La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, che aggiorna con una periodicità di 45 giorni, regolarmente trasmesso all'AIFA.
Infine, la regione Veneto ha garantito un accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, anche se con tempi lievemente superiori a quelli medi nazionali.

AAL.2
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi ricadente nel periodo indicato.

AAL.3
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2012, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del periodo indicato.

Allegato 1 "Obblighi informativi statistici"

Per ogni flusso informativo viene valutata la completezza dei dati ed espressa una valutazione complessiva.
Si riportano di seguito i criteri utilizzati per tale valutazione.

Tab. 1 – Copertura dei dati

Fonti Informative	**Peso**	**Criteri di copertura**	**INADEMPIENTE 0**	**ADEMPIENTE 2**
Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 75% o (75-98)% senza miglioramento	> 98% o (75-98)% con miglioramento
Mod. FLS 11- Dati di struttura e di organizzazione della unità sanitaria locale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	% ASL che hanno inviato il modello FLS11 (quadro F), rispetto al totale delle ASL della Regione	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento
FLS 12 - Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	% ASL che hanno inviato il modello FLS12 (quadri E, F) , rispetto al totale delle ASL della Regione	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento
HSP11/12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	% modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 75% o (75-99)% senza miglioramento	=100% o (75-99)% con miglioramento
HSP11/13 - Posti letto per disciplina delle case di cura private (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	% modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 75% o (75-99)% senza miglioramento	=100% o (75-99)% con miglioramento
HSP.14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	0,5	% modelli HSP14 inviati rispetto alle strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e private accreditate che hanno segnalato la presenza di apparecchiature	< 75% o (75-99)% senza miglioramento	=100% o (75-99)% con miglioramento
FLS.21 - Attività di assistenza sanitaria di base (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	farmac. convenz.: % ASL che hanno inviato i dati del quadro G del modello FLS21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: % ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS21 rispetto al totale delle ASL della Reg. che hanno dichiarato l'attivazione del Servizio di ADI nel quadro F del modello FLS.11	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento
RIA.11 - Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78 (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	1,5	% modelli RIA.11 per i quali sono valorizzati i dati del quadro H relativo ai dati di attività, rispetto al # Modelli RIA.11 per i quali il quadro F relativo ai dati di struttura contiene # posti letto > 0.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento
STS.14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere	0,5	% modelli STS14 inviati rispetto alle strutture in STS.11 che hanno segnalato la presenza di apparecchiature	< 75% o (75-99)% senza miglioramento	> 95% o (75-99)% con miglioramento
STS 21 - Assistenza specialistica territoriale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	% modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza specialistica territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento
STS 24 - Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza residenziale o semiresidenziale.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento
HSP 24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	1	% modelli HSP.24 pervenuti per almeno un mese con quadro G (nido) o M (Nati immaturi) valorizzati, rispetto al numero dei modelli HSP.24 attesi	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento
DATI SDO	3	media pesata di % copertura istituti (peso = 0.75) e % coerenza SDO-HSP (peso = 0.25) $x = 0{,}75 \cdot \frac{istituti_rilevati}{istituti_censiti} \cdot 100 + 0{,}25 \cdot \left(1 - \frac{SDO_stabilimento_errato}{totale_SDO}\right) \cdot 100$	< 95%	>= 95%
Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	percentuale campi compilati (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	< 90%	>= 90%
Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2011 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista

Schema di valutazione finale:

ADEMPIENTE	40 - 50
INADEMPIENTE	< 40

A prescindere dal punteggio la mancanza totale anche solo di un solo flusso informativo comporta una valutazione di inadempienza.

Per ogni flusso informativo viene valutata la qualità dei dati ed espressa una valutazione complessiva.
Si riportano di seguito i criteri utilizzati per tale valutazione

Tab. 2 – Qualità dei dati

Modelli	Criterio di valutazione	Peso	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2
CEDAP	Percentuale di schede parto che presentano dati validi per tutte le seguenti variabili: età della madre (calcolata in base alla data di nascita della madre ed alla data del parto); modalità del parto; presentazione del neonato; durata della gestazione	3	Percentuale di schede parto che presentano dati validi per tutte le seguenti variabili: Età della madre (calcolata in base alla Data di nascita della madre ed alla data del parto); modalità del parto; presentazione del neonato; durata della gestazione: < 75%	Percentuale di schede parto che presentano dati validi per tutte le seguenti variabili: Età della madre (calcolata in base alla Data di nascita della madre ed alla data del parto); modalità del parto; presentazione del neonato; durata della gestazione: >= 75% e < 95%	Percentuale di schede parto che presentano dati validi per tutte le seguenti variabili: Età della madre (calcolata in base alla Data di nascita della madre ed alla data del parto); modalità del parto; presentazione del neonato; durata della gestazione: >= 95%
FLS 11 - Dati di struttura e di organizzazione della unità sanitaria locale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Eventuale presenza di incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, che non hanno avuto/hanno avuto riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna ASL.	2	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che non hanno avuto alcun riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna ASL	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state risolte attraverso l'aggiornamento della base dati	Assenza di incongruenze oppure incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state motivate da parte dei referenti regionali ed aziendali, confermando i dati inizialmente rilevati
FLS 12 - Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Eventuale presenza di incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, che non hanno avuto/hanno avuto riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna ASL.	2	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che non hanno avuto alcun riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna ASL.	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state risolte attraverso l'aggiornamento della base dati	Assenza di incongruenze oppure incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state motivate da parte dei referenti regionali ed aziendali, confermando i dati inizialmente rilevati
HSP11/12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Eventuale presenza di incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, che non hanno avuto /hanno avuto riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna struttura di ricovero.	2	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che non hanno avuto alcun riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna struttura.	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state risolte attraverso l'aggiornamento della base dati	Assenza di incongruenze oppure incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state motivate da parte dei referenti regionali ed aziendali, confermando i dati inizialmente rilevati

HSP11/13 - Posti letto per disciplina delle case di cura private (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Eventuale presenza di incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, che non hanno avuto /hanno avuto riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna struttura di ricovero.	2	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che non hanno avuto alcun riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna struttura.	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state risolte attraverso l'aggiornamento della base dati	Assenza di incongruenze oppure incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state motivate da parte dei referenti regionali ed aziendali, confermando i dati inizialmente rilevati
HSP14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Eventuale presenza di incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, che non hanno avuto /hanno avuto riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna struttura di ricovero.	0,5	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che non hanno avuto alcun riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna struttura.	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state risolte attraverso l'aggiornamento della base dati	Assenza di incongruenze oppure incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state motivate da parte dei referenti regionali ed aziendali, confermando i dati inizialmente rilevati
FLS 21 - Attività di assistenza sanitaria di base (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Eventuale presenza di incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, che non hanno avuto /hanno avuto riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna ASL.	2	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che non hanno avuto alcun riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna ASL	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state risolte attraverso l'aggiornamento della base dati	Assenza di incongruenze oppure incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state motivate da parte dei referenti regionali ed aziendali, confermando i dati inizialmente rilevati
RIA 11 - Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78 (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Eventuale presenza di incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, che non hanno avuto /hanno avuto riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna struttura di riabilitazione.	1,5	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che non hanno avuto alcun riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna struttura.	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state risolte attraverso l'aggiornamento della base dati	Assenza di incongruenze oppure incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state motivate da parte dei referenti regionali ed aziendali, confermando i dati inizialmente rilevati
STS 14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Eventuale presenza di incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, che non hanno avuto /hanno avuto riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna struttura.	0,5	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che non hanno avuto alcun riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna struttura.	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state risolte attraverso l'aggiornamento della base dati	Assenza di incongruenze oppure incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state motivate da parte dei referenti regionali ed aziendali, confermando i dati inizialmente rilevati

STS 21 - Assistenza specialistica territoriale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Eventuale presenza di incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, che non hanno avuto /hanno avuto riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna struttura.	2	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che non hanno avuto alcun riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna struttura.	Non applicabile	Assenza di incongruenze oppure incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state motivate da parte dei referenti regionali ed aziendali, confermando i dati inizialmente rilevati
STS 24 - Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Eventuale presenza di incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, che non hanno avuto /hanno avuto riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna struttura.	2	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che non hanno avuto alcun riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna struttura.	Non applicabile	Assenza di incongruenze oppure incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state motivate da parte dei referenti regionali ed aziendali, confermando i dati inizialmente rilevati
HSP 24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Eventuale presenza di incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, che non hanno avuto /hanno avuto riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il riscontro è rappresentato dall'aggiornamento della banca dati, oppure, in caso di dato correttamente inviato, dalla conferma del dato. Il criterio di valutazione è applicato a ciascuna struttura di ricovero.	1	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che non hanno avuto alcun riscontro da parte dei referenti regionali ed aziendali	Incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state risolte attraverso l'aggiornamento della base dati	Assenza di incongruenze oppure incongruenze rilevate attraverso i processi di controllo qualità eseguiti dal parte del Ministero, che sono state motivate da parte dei referenti regionali ed aziendali, confermando i dati inizialmente rilevati
DATI SDO	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	3	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,04%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,02% e <= 0,04%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,02%
Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	0,5	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 70%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 70% e < 85%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 85%
Screening oncologici	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	1	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti		Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti

Schema di valutazione finale:

Qualità BUONA	40 - 50
Qualità SUFFICIENTE	26-39 e nessun flusso di peso > 1 insufficiente
Qualità NON SUFFICIENTE	< 25 o uno o più flussi di peso >1 insufficienti

Schema di valutazione finale degli obblighi informativi statistici:

				PUNTEGGI				
1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**0**	**1**	**2**	**Valutazione**	**Note**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente Tab. 1		adempiente Tab. 1		
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente Tab. 2	sufficiente Tab. 2	buona Tab. 2		
				PUNTEGGI				

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**Peso**	**Risultato**	**Risultato*Peso**	**Note**
1	1	2	copertura dati NSIS	2			
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2			

Criterio di valutazione finale	**> = 6**	**ADEMPIENTE**
	< 6	**INADEMPIENTE**

Allegato 2 "Griglia LEA"

N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Punteggi di valutazione				
				Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0	Dato mancante o palesemente errato -1
1	Prevenzione	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1	tutte >= 95%	tutte >= 93%	una < 93%	più di 1 < 93%	
		1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	0,2	>= 95%	92% - 95%	< 92% e in aumento	< 92% e non in aumento	
		1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	0,2	>= 75%	64% - 75%	< 64% e in aumento	< 64% e non in aumento	
2	Prevenzione	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	0,6	score >= 9	score 7 - 8	score 5 - 6	score 0 - 4	
3	Prevenzione	Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	1	>= 85	80 - 85	< 80 e in aumento	< 80 e non in aumento	mancante dopo il 30 giugno
4	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	0,5	>= 5,0%	2,5% - 5,0%	< 2,5% e in aumento	< 2,5% e non in aumento	mancante o espresso in altra unità di misura
5	Prevenzione	5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	0,4	Controlli effettuati >= 99,9% e conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende < 0,1%	Controlli effettuati <= 99,9% e >= 98% e inoltre uno dei seguenti casi: - prevalenza delle aziende < 0.1% - prevalenza compresa tra 0,1% e 0,3% ma con trend in diminuzione - Regioni con controlli > 99,1% ma prevalenza > 0,1% o in aumento.	Controlli effettuati < 98% e >= 96% (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure controlli >= 98% e < 99,9% dei controllati e prevalenza in aumento.	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli < 98% o con prevalenza nella aziende > 0,1%. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli < 96%	
		5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie	0,4	Controlli effettuati >= 99,8% per ciascuna delle 3 specie e, per ciascuna specie, conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o, per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende < 0,2% con trend in diminuzione	Controlli effettuati < 99,8% e >= 98% per ciascuna delle 3 specie e inoltre uno dei seguenti casi: - prevalenza delle aziende < 0.2% per ciascuna delle 3 specie - prevalenza compresa tra 0,2% e 0,4% ma con trend in diminuzione - Regioni con controlli >= 99,8% ma prevalenza > di 0,2% o in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> >= 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati < 98% e >= 96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure >= 98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati >= 98% e < 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli < 98% o con prevalenza delle aziende > 0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli < 96%. <u>Regioni dell'OM</u> < 98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN)	
		5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	0,1	>= 99,7%	98% - 99,6%	95% - 97,9%	< 95%	

6	Prevenzione	6.1 CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI - Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	0,3	>= 98%	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%	
		6.2 CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE: percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	0,3	>= 90%	70% - 89,9%	50% - 69,9%	< 50%	
7	Distrettuale	Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO **(Indice pesato per fasce d'età)**	1,11	<= 570	570 - 600	> 600 e in diminuzione	> 600 e non in diminuzione	
8	Distrettuale anziani	Percentuali di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	2,22	>= 4%	3,5% - 4%	< 3,5% e in aumento	< 3,5% e non in aumento	indicatore calcolato con dati carenti o incompleti
9	Distrettuale anziani	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	1,11	>= 10	6 - 9,9	< 6 e in aumento	< 6 e non in aumento	indicatore calcolato con dati carenti o incompleti
		9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	0,28	>= 10	6 - 9,9	< 6 e in aumento	< 6 e non in aumento	indicatore calcolato con dati carenti o incompleti
10	Distrettuale disabili	10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,56	>= 0,43	0,34 - 0,42	< 0,34 e in aumento	< 0,34 e non in aumento	indicatore calcolato con dati carenti o incompleti
		10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,33	>= 0,18	0,14 - 0,17	< 0,14 e in aumento	< 0,14 e non in aumento	indicatore calcolato con dati carenti o incompleti
		10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,11	>= 0,55	0,44 - 0,54	< 0,44 e in aumento	< 0,44 e non in aumento	indicatore calcolato con dati carenti o incompleti
		10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,11	>= 0,39	0,31 - 0,38	< 0,31 e in aumento	< 0,31 e non in aumento	indicatore calcolato con dati carenti o incompleti
11	Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	1,39	> 1	>= 0,5 e in aumento	>= 0,5 e non in aumento	< 0,5	indicatore calcolato con dati carenti o incompleti
12	Distrettuale farmaceutica	Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	1	Indicatore superiore, rispetto alla media nazionale, del +20%	Indicatore compreso tra la media nazionale e la media nazionale incrementata del +20%	Indicatore inferiore, rispetto alla media nazionale, fino a un massimo del - 30%	Indicatore inferiore, rispetto alla media nazionale, di oltre il - 30%	dati mancanti
13	Distrettuale	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	0,56	5,1 - 7,5 estremi inclusi	3 - 5,1 o 7,5 - 9	< 3 e in aumento o > 9 e non in aumento	< 3 e non in aumento o > 9 e in aumento	
14	Distrettuale salute mentale	Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 100.000 ab.	1,11	>= 1.000	500 - 1.000	< 500 e in aumento	< 500 e non in aumento	dati mancanti o palesemente errati
15	Ospedaliera	15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti	1,5	<= 170	170 - 180	>180 e non in aumento	>180 e in aumento	
		15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	1	<= 8	8 - 13	> 13 e in diminuzione	> 13 e non in diminuzione	
		15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	0,5	<= 100	100 - 117	> 117 e in diminuzione	> 117 e non in diminuzione	
16	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	1,5	>= 38%	35% - 38%	< 35% e in aumento	< 35% e non in aumento	

17	Ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	2,5	<=0,32	0,32 - 0,39	> 0,39 e in diminuzione	> 0,39 e non in diminuzione	
18	Ospedaliera	Percentuale parti cesarei primari	1	<= 20%	20% - 23%	> 23% e in diminuzione	> 23% e non in diminuzione	
19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	1	>= 50%	30% - 50%	< 30% e in aumento	< 30% e non in aumento	
21	Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	1,11	<= 18	19 - 21	22 - 25	>= 26	

Adempiente	> 160
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	>130 - 160
Critica	< 130

Allegato 3 "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica"

Regione: …….			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2012			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)		
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)		
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)		
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)		
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)		
D= D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)		
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)		
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)		
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D	**Totale spesa Territoriale**		
F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)		
G=F×13,1%	Tetto 13,1%		
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale		
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007		
OSPEDALIERA			
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS - Ministero della Salute)		
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS - Min. Salute)		
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)		
N.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)		
N.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)		
O=L-C-N.1-N.2-N.3 Totale spesa Ospedaliera			
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)		
Q=P×2,4%	Tetto 2,4%		
R=O-Q	Scostamento assoluto		
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale		

Legenda	
A	*Dati registrati nelle Distinte Contabili Riepilogative delle farmacie e poste a rimborso delle Regioni*
B.1	*Pay-back 5% per consumi relativi a prodotti di fascia A erogati in regime di dispensazione convenzionale e non ai sensi all'articolo 1, comma 796, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive proroghe*
B.2	*Pay-back dell'1,83% per consumi relativi a prodotti di fascia A erogati in regime di dispensazione convenzionale ai sensi della Determinazione AIFA del 18 Febbraio 2011, in applicazione dell'art.11 comma 6 del D.L.78/2010 convertito con modificazioni nella legge n°122 del 30 luglio 2010, fino al 6 luglio 2012. Dal 7 luglio al 14 agosto 2012 il pay-back diventa pari al 6,5% del valore a prezzi al pubblico al netto dell'IVA per consumi relativi a prodotti di fascia A erogati in regime di dispensazione convenzionale. Successivamente, fino al 31 dicembre 2012, il pay-back diventa pari al 4,1%.*
B.3	*Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A, negoziati con l'AIFA ai sensi della delibera CIPE n.3 del 1 febbraio 2001 in attuazione di quanto disposto dall'art.48, comma 33 del decreto legge n.269 del 30 settembre 2003, convertito con modificazioni dalla Legge n.326 del 24 novembre 2003*
C	*Spesa comprensiva di IVA per medicinali di fascia A erogati in distribuzione diretta, rilevata dal flusso NSIS secondo le specifiche tecniche del DM 31.7.07, al netto dei costi di servizio per la distribuzione in nome e per conto. Il dato corrisponde con quello contenuto nel questionario Adempimenti Lea 2012 lettera "L.3"*
D	*Dati registrati nelle Distinte Contabili Riepilogative delle farmacie e poste a rimborso delle Regioni*
D.1.	*Il dato deve essere disaggregato nelle sue due componenti, al fine di verificare il peso dell'eventuale ticket fisso in quelle Regioni che lo hanno introdotto come misura addizionale di compartecipazione del cittadino alla spesa farmaceutica.*
D.2.	
F=P	*Valore del riparto regionale del Fabbisogno 2012 "ex FSN"*
L	*Valore dato dalla somma delle voci del CE: BA0040 "Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale", BA0050 "Medicinali senza MinSan" e BA0060 "Emoderivati di produzione regionale".*
M	*Spesa comprensiva di IVA per medicinali di ogni classe di rimborsabilità erogati in distribuzione diretta, rilevata dal flusso NSIS secondo le specifiche tecniche del DM 31.7.07, al netto dei costi di servizio per la distribuzione in nome e per conto. Il dato corrisponde con quello contenuto nel questionario Adempimenti Lea 2012 lettera "L.3"*
N.1	*Pay-back 5% per consumi relativi a prodotti di fascia H erogati in regime di dispensazione non convenzionale ai sensi all'articolo 1, comma 796, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive proroghe*
N.2	*Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H, negoziati con l'AIFA ai sensi della delibera CIPE n.3 del 1 febbraio 2001 in attuazione di quanto disposto dall'art.48, comma 33 del decreto legge n.269 del 30 settembre 2003, convertito con modificazioni dalla Legge n.326 del 24 novembre 2003*
N.3	*Pay-back versati alle Strutture Sanitarie Regionali per prodotti autorizzati dall'AIFA in combinazione con procedure di rimborsabilità condizionata (payment-by-result, risk-sharing, cost-sharing) ai sensi della delibera CIPE n.3 del 1 febbraio 2001 in attuazione di quanto disposto dall'art.48, comma 33 del decreto legge n.269 del 30 settembre 2003, convertito con modificazioni dalla Legge n.326 del 24 novembre 2003*

Allegato 4 "Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO) Regionale "

Regione: …….

PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO (PTO) REGIONALE

Data di decorrenza: *……..*

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborsabilità	Nota/e AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO

Legenda

Le colonne "Classe di rimborsabilità", "Nota/e AIFA" e "Regime di fornitura" sono finalizzate a valutare il grado di aggiornamento e la rispondenza del PTO regionale rispetto allo status regolatorio definito dall'AIFA attraverso i propri atti amministrativi.

Le colonne "Modalità richiesta", "Limitazione prescrivibilità da PTO" e "Limitazione canale di erogazioni da PTO" sono finalizzate a rilevare le iniziative proprie della Regione in tema di regolazione/limitazioni nell'erogazione di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche regionali. In particolare, la colonna "modalità richiesta" si riferisce all'indicazione dell'erogazione di un principio attivo a fronte della compilazione di un piano terapeutico (PT Piano terapeutico; PT-AIFA Piano terapeutico AIFA; PT-REG Piano terapeutico regionale; RMP Richiesta motivata personalizzata).

La colonna "Limitazione prescrivibilità da PTO" è volta a descrivere ogni modalità di gestione dell'appropriatezza prescrittiva: scheda di monitoraggio AIFA, scheda di monitoraggio AIFA online, scheda di monitoraggio predisposta dalla Regione, ogni limitazione disposta dalla Regione (descrizione sintetica), compreso i casi in cui le Commissioni regionali individuano delle categorie terapeutiche che, sulla base di criteri di sovrapponibilità terapeutica e di economicità, le aziende devono individuare un numero più ristretto di principi attivi.

Infine, la colonna "Limitazione canale di erogazioni da PTO" si riferisce alla presenza o meno di scelte organizzative della Regioni nella dispensazione di un principio attivo esclusivamente attraverso la distribuzione diretta, o esclusivamente attraverso la distribuzione per conto, o altre eventuali limitazioni (descrivere).

Allegato 5 "Tabella Co. An."

VERIFICA E MONITORAGGIO STATO D'IMPLEMENTAZIONE CO.AN.

REGIONE .....

Responsabile procedimento .....

numero aziende
.....

OBIETTIVI	SITUAZIONE / AZIONI DA INTRAPRENDERE	Scadenza per singola Azienda (inserire)				% raggiungimento Obiettivo	Peso specifico per obiettivo	Ponderazione obiettivo per peso specifico
		AZ.1	AZ.2	.....	AZ.N			
OBIETTIVO A1 **Coerenza Piano dei Centri di costo con la Struttura Organizzativa**	Situazione verificata da Regione:	**SI/NO**	**SI/NO**	**.....**	**SI/NO**			
	Obiettivo raggiunto	**SI/NO**	**SI/NO**	**.....**	**SI/NO**	**.....%**	**40,00%**	**.....%**
	Se non raggiunto, azioni da intraprendere:							
	1.	set-13	set-13	.....	set-13			
	2.	.....	.....	.....	.....			
	3.	.....	.....	.....	.....			
		AZ.1	AZ.2	.....	AZ.N			
OBIETTIVO A2 **Coerenza Piano dei Fattori Produttivi con Piano dei Conti**	Situazione verificata da Regione:	**SI/NO**	**SI/NO**	**.....**	**SI/NO**			
	Obiettivo raggiunto	**SI/NO**	**SI/NO**	**.....**	**SI/NO**	**.....%**	**30,00%**	**.....%**
	Se non raggiunto, azioni da intraprendere:							
	1.	set-13	set-13	.....	set-13			
	2.	.....	.....	.....	.....			
	3.	.....	.....	.....	.....			
		AZ.1	AZ.2	.....	AZ.N			
OBIETTIVO A3 **Quadratura CO.GE. - CO.AN.**	Situazione verificata da Regione:	**SI/NO**	**SI/NO**	**.....**	**SI/NO**			
	Obiettivo raggiunto	**SI/NO**	**SI/NO**	**.....**	**SI/NO**	**.....%**	**20,00%**	**.....%**
	Se non raggiunto, azioni da intraprendere:							
	1.	set-13	set-13	.....	set-13			
	2.	.....	.....	.....	.....			
	3.	.....	.....	.....	.....			
		AZ.1	AZ.2	.....	AZ.N			
OBIETTIVO A4 **Capacità di quantificare gli scambi interni e ribaltamento dei costi comuni**	Situazione verificata da Regione:	**SI/NO**	**SI/NO**	**.....**	**SI/NO**			
	Obiettivo raggiunto	**SI/NO**	**SI/NO**	**.....**	**SI/NO**	**.....%**	**.....%**	**.....%**
	Se non raggiunto, azioni da intraprendere:							
	1.	set-13	set-13	.....	set-13			
	2.	.....	.....	.....	.....			
	3.	.....	.....	.....	.....			

		AZ.1	AZ.2	.....	AZ.N			
OBIETTIVO B1 **Utilizzo della Co. An. anche per compilazione modello LA**	Situazione verificata da Regione:	**SI/NO**	**SI/NO**	**.....**	**SI/NO**			
	Obiettivo raggiunto	**SI/NO**	**SI/NO**	**.....**	**SI/NO**	**.....%**	**.....%**	**.....%**
	Se non raggiunto, azioni da intraprendere:							
	1.	set-13	set-13	.....	set-13			
	2.	.....	.....	.....	.....			
	3.	.....	.....	.....	.....			
		AZ.1	AZ.2	.....	AZ.N			
OBIETTIVO B2 **Capacità di quantificare attività territoriale svolta in ospedali e, in generale, fenomeni di comunanza di costi fra livelli diversi**	Situazione verificata da Regione:	**SI/NO**	**SI/NO**	**.....**	**SI/NO**			
	Obiettivo raggiunto	**SI/NO**	**SI/NO**	**.....**	**SI/NO**	**.....%**	**.....%**	**.....%**
	Se non raggiunto, azioni da intraprendere:							
	1.	set-13	set-13	.....	set-13			
	2.	.....	.....	.....	.....			
	3.	.....	.....	.....	.....			
		AZ.1	AZ.2	.....	AZ.N			
OBIETTIVO B3 **Quadratura LA 999 con somma LA aziende e GSA, al netto degli scambi infraregionali**	Situazione verificata da Regione:				**SI/NO**			
	Obiettivo raggiunto				**SI/NO**	**.....%**	**10,00%**	**.....%**
	Se non raggiunto, azioni da intraprendere:							
	1.				set-13			
	2.				.....			
	3.				.....			

HP raggiungimento obiettivi senza pesi specifici	**.....%**
HP raggiungimento obiettivi con pesi specifici	**.....%**

Allegato 6 "Tabella prevenzione"

Calcolo complessivo dell'adempimento

A) Adempimento	B) Formula dell'adempimento	C) Livello soglia dell'adempimento	D) Contributo dei singoli adempimenti all'adempimento U	Calcolo effettuato da
U.1 Certificazione dei Piani regionali di prevenzione (PRP) eseguita in base all'Intesa Stato Regioni 10 febbraio 2011	Percentuale dei progetti/programmi che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso superiore al 20%, sul totale dei progetti/programmi inclusi nel PRP	<=50%	35 se U.1<=50% 25 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	Uff. IX DG Prev Ministero salute, dati richiesti annualmente ai fini della certificazione
U.2 Indicatore di performance del Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia				
U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio	numero dei casi di morbillo in cui campioni sono stati raccolti e analizzati adeguatamente in un laboratorio qualificato / numero di casi notificati × 100	>=80%	15 se U.2.1 >=80% 10 se 65%<=U.2.1<=79% 0 se U.2.1<65%	Ufficio V DG Prev Ministero salute su dati già disponibili
U.2.2 Origine dell'infezione identificata	numero dei casi di morbillo per i quali una origine dell'infezione è identificata (per esempio: importato, endemico) / numero di casi notificati × 100	>80%	15 se U.2.2 >80% (raggiunto il valore soglia) 10 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	
U.3 Indicatore sulla "Efficacia dei programmi di screening"	numero dei cancri invasivi screen-detected / numero di tutti i cancri screen-detected	<= 25%	25 se U.3<=25 15 se 26<=U.3<=27,5 0 se U.3>27,5	Osservatorio nazionale screening su dati già disponibili
U.4 Indicatori traccianti descrittivi degli stili di vita come fattori di rischio di malattie croniche non trasmissibili				
U.4.1 Prevalenza di persone in sovrappeso o obese	(Persone di età 18–69 anni che hanno un Indice di massa corporea (Imc) uguale o superiore a 25,0 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza) / (totale intervistati) *100	Prevalenza al T_1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T_0 (anno precedente)	0 Per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento U	Uff. IX DG Prev Ministero salute su dati già disponibili
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati) *100	Prevalenza al T_1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T_0 (anno precedente)	0 Per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento U	
U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	(Persone di età 18–69 anni che riferiscono di svolgere un lavoro che non richiede uno sforzo fisico pesante e di non aver fatto attività fisica, intensa o moderata, nei 30 giorni precedenti l'intervista) / (Totale intervistati) *100 oppure (Persone di 3 anni e più che nel tempo libero non praticano con carattere di continuità uno o più sport e che nel tempo libero non praticano qualche attività fisica (es. fare passeggiate di almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta) almeno qualche volta all'anno Denominatore: Totale intervistati *100	Prevalenza al T_1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T_0 (anno precedente)	0 Per l'anno 2012 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento U	
U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	Copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di interventi ispettivi in un anno	Raggiunta	10 se U.5= "raggiunta" 0 se U.5 ="non raggiunta"	Uff. II DG Prev Ministero salute su dati già disponibili

L'adempimento "U - Prevenzione" si ottiene come somma delle singole sezioni; la Regione risulta adempiente se U è > 80 (*)

(*) Da alcune simulazioni risulta che:

- si ottiene il punteggio 100 se sono superate tutte le soglie di adempimento;
- si ottiene un punteggio tra 90 e 95 se non viene superata una delle 5 soglie;
- si ottiene un punteggio tra 80 e 85 se viene fallito completamente uno degli adempimenti o se non vengono superate due delle 5 soglie proposte.

Allegato 7 "Indicatori di performance" in sanità pubblica veterinaria

Verrà valutato il raggiungimento di un punteggio ≥ 35 punti su 45 per gli indicatori di performance di seguito riportati.

N.	Definizione	Peso	Punteggi di valutazione			
			Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
1	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	0,4	≥ del 99,9% dei controllati e conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende < 0,1%	Controlli effettuati ≤99,9% e ≥98% e inoltre uno dei seguenti casi: - prevalenza delle aziende <0.1% - prevalenza compresa tra 0,1% e 0,3% ma con trend in diminuzione - Regioni con controlli >99,1% ma prevalenza > 0,1% o in aumento.	Controlli effettuati <98% e ≥96% (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure controlli ≥98% e <99,9% dei controllati e prevalenza in aumento.	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza nella aziende >0,1%. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%
2	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza per tutte le specie	0,4	≥ del 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e, per ciascuna specie, conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o, per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende <0,2% con trend in diminuzione	Controlli effettuati <99,8% e ≥98% per ciascuna delle 3 specie e inoltre uno dei seguenti casi: - prevalenza delle aziende <0.2% per ciascuna delle 3 specie - prevalenza compresa tra 0,2% e 0,4% ma con trend in diminuzione - Regioni con controlli ≥99,8% ma prevalenza > di 0,2% o in aumento. Regioni dell'OM ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. Regioni dell'OM Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. Regioni dell'OM <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN)
3	ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	0,1	≥99,7%	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	<95%

4	CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI - Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	0,3	>= 98%	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%
5	CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE: percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	0,3	≥90%	≥70% e ≤89,9%	≥50% e ≤69,9%	< 50%

Allegato 8 "Sanità veterinaria e alimenti - debiti informativi con U.E."

La valutazione sarà considerata positivamente al raggiungimento di un punteggio ≥ 60%, con almeno 4 flussi vincolanti su 6. I flussi vincolanti sono quelli evidenziati nella tabella sottostante

Ind.	Rilevazioni	Criterio di valutazione della copertura	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio di valutazione della qualità	Non sufficiente 0	Sufficiente 2
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); nota DGSAF n. 1618 del 28/01/2013	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013	*non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	*validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	invio corretto e completo, entro la data prevista, delle relazioni di cui al Paragrafo B [relazione tecnica] e dei Paragrafi C e D [programmi ed obiettivi] della medesima nota DGSAF n. 1618 del 28/01/2013 [vedere nota]	*non inviato **corretto e completo** entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	*inviato **corretto e completo** entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*
2	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.L.vo 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	Invio corretto e completo dei dati completi di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti	*invio oltre i tempi previsti*	*invio entro i tempi previsti*	volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	*< 90% dei programmi di campionamento con almeno il 90% dei campioni svolti per ciascun programma*	*≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 90% dei campioni svolti per ciascun programma*
3	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; DLgs 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	Invio corretto e completo del Piano regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSA entro i tempi previsti dal PNAA	*invio oltre i tempi previsti*	*invio entro i tempi previsti*	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere nota]	*invio oltre i tempi previsti*	*invio entro i tempi previsti*
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto"	Rispetto della tempistica (28 febbraio)	*non inviato entro la data prevista*	*inviato entro la data prevista*	conformità dei dati forniti secondo le indicazioni previste dalla nota n. DGVA/X/6057 del 13/02/2006 [vedere nota]	*non coerenti*	*coerenti*
5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (DLgs 146/2001, DLgs 122/11, DLgs 126/11, DLgs 267/03, Decisione 2006/778/CE, Piano Nazionale Benessere Animale 2008 e s.m.i. (note prot. 16031-P-4/8/2008 e 13029-P-13/7/2010)	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo (28 febbraio)	*non inviato entro la data prevista*	*inviato entro la data prevista*	attuazione di almeno il 95% dei controlli previsti dal PNBA, sulla base delle condizioni previste nel capitolo "criteri di selezione" a pag. 4 del PNBA	*< 95% dei controlli previsti*	*≥ 95% dei controlli previsti*
6	**ANAGRAFE CANINA** - Rilevazione delle popolazioni di cani e gatti randagi e di proprietà. Art. 8 della Legge 14/08/1991, n. 281 - Accordo Stato-Regioni del 06/02/2003 art. 4 comma 1 lett. b) e c); Decreto interministeriale 06/05/2008	invio, entro il 31 marzo di ogni anno, della relazione sull'attività svolta in materia di randagismo nell'anno precedente, coerente con quanto previsto dall'art. 2, comma 2 del DM 6/5/2008	*non inviato entro la data prevista*	*inviato entro la data prevista*	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	*aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni*	*tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni*

7	**FARMACOSORVEGLIANZA**: Attività di ispezione e verifica. Trasmissione al Ministero della Salute della relazione delle attività di cui al comma 3 dell'art.88 del DLgs 6 aprile 2006, n.193. Nota DGSAF n. 1466 del 26/01/2012 "linee guida per la predisposizione, effettuazione e gestione dei controlli sulla distribuzione e l'impiego dei medicinali veterinari"	Rispetto della tempistica (31 marzo)	*non inviato entro la data prevista*	*inviato entro la data prevista*	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3, art. 71 comma 3, art. 70 comma 1, artt. 79-80-81-82-84-86 del DLgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere nota]	*Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*
8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013	Rispetto della tempistica di trasmissione su SIS (Sistema Informativo Salmonellosi), e registrazione corretta e completa in BDN (nota DGSAF 3457-26/2/2010), secondo quanto previsto dalle diposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza Salmonelle nel pollame	*non inviato entro la data prevista*	*inviato entro la data prevista*	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di *Salmonelle* nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne *Gallus gallus*, e nei tacchini da riproduzione e ingrasso	*< 90% delle registrazioni dei campionamenti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per uno, o più, dei piani applicabili oppure non validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"*	*≥ 90% delle registrazioni dei campionamenti inseriti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per ciascuno dei piani applicabili, e validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"*
9	**BSE** – Reg. 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; nota DGSA n.2468 del 8/2/2013	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni (nota DGSAF n. 2468 del 8/2/2013), relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere nota]	*non inviato entro la data prevista*	*inviato entro la data prevista*	% dei bovini morti testati per BSE di età superiore ai 48 mesi rispetto al numero di bovini morti di età superiore ai 48 mesi registrati in BDN	*<75% di bovini morti testati per BSE*	*≥ 75% di bovini morti testati per BSE*
10	**TSE** - Reg.999/2001; nota DGSAF 23495-21/12/2012;	invio dei dati, corretti e completi, al CEA (Centro di Referenza) entro la data prevista (31 gennaio) richiesti dalla nota DGSAF 23495-21/12/2012, per il calcolo del campionamento da effettuare su ovini e caprini morti	*invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento*	*invio corretto e completo entro la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento*	percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	*<60% di ovini o < 40% dei caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie*	*≥60% di ovini e 40% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie*
11	**SCRAPIE** - Decisione della Commissione 2002/677/CE del 22/08/2002, che stabilisce requisiti uniformi per la notifica dei programmi di eradicazione e di controllo delle malattie animali cofinanziati dalla Comunità.	invio corretto e completo entro la data prevista per l'anno dalle disposizioni vigenti (nota sul sistema rendicontazioni n. DGSAF 1800-2/02/2011 e s.m.i.) dei dati riguardanti i focolai di scrapie	*invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	*invio corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il coofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	*corrispondente*
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	Raggiungimento della soglia del 5% dei capi controllati e disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	< 5% dei capi controllati disponibili per la data presta	≥ 5% dei capi controllati disponibili per la data prevista	criterio di rischio adottato per la scelta degli allevamenti da sottoporre ai controlli	*>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma*	*≤85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma*

13	**CONTROLLO SANITARIO DELLE POPOLAZIONI SUINE - anagrafe:** DLgs 26/10/2010 n. 200 che stabilisce modalità di identificazione e registrazione suini; **malattia di Aujeszky:** D.M. 1-4-1997 e DM 30 dicembre 2010	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere nota]	*trend in aumento*	*prevalenza 0% o trend in diminuzione*	Rendicontazione in BDN - in tempo utile per l'Annual Report - del raggiungimento della soglia di almeno 1% del totale delle aziende suinicole presenti nel territorio di competenza (art. 8 comma 2, DLgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere nota]	*< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	*≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*
14	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003 **e Reg. 1034/2010** che stabilisce modalità di applicazione del regolamento CE 1760/00 – livello minimo dei controlli aziende bovine	Raggiungimento entro il tempo previsto dalle disposizioni nazionali della soglia del 3% di aziende bovine controllate e disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	***< 3%** di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista*	*almeno il **3%** di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista*	criterio di rischio adottato per la scelta delle aziende da sottoporre ai controlli	*>85% dei controlli in azienda è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma*	*≤85% dei controlli in azienda è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma*
15	**OGM** - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003 relativi agli alimenti e ai mangimi geneticamente modificati. Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti - anni 2012-2014	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM, vigente nell'anno 2012	*assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2012, o mancata comunicazione*	*presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2012*	rispetto del numero minimo di campioni fissato dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	*< del 90% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014*	*> del 90% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014*
16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	invio entro la data prevista (31 marzo) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007, debitamente compilato	*non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato*	*inviato, debitamente compilato, entro la data prevista*	% di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte [vedere nota]	*numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte*	*numero di audit uguale o superiore al 30 % del totale del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte*
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	Percentuale dei questionari sulle attività conseguenti a non conformità inseriti in NSIS/PNR rispetto al totale delle non conformità riscontrate	*< 90% dei questionari di non conformità inseriti*	*≥ 90% dei questionari di non conformità inseriti*	referti rilasciati dal laboratorio entro i tempi indicati dal PNR 2011 per ciascuna delle categorie (10 giorni lavorativi per le sostanze di Cat. A e 30 giorni lavorativi per quelle di Cat. B) [vedere nota]	*< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati*	*≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati*
18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	Comunicazione del cellulare di servizio della Regione in relazione a notifiche del RASFF in orari e giorni extra lavorativi	*Mancanza di comunicazione del cellulare*	*Comunicazione del cellulare*	tempi di risposta alle comunicazioni di allerta (risposte ricevute entro le 5 settimane, risposte ricevute ma oltre le 5 settimane, nessuna risposta ricevuta) [vedere nota]	*Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1 .*	*Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, maggiore di 1*
19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	trasmissione corretta e completa dei dati entro 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento	*arrivo dei dati oltre il termine, o in un formato non conforme*	*arrivo dei dati, in formato conforme, entro il termine*	rispetto dei criteri di campionamento fissati nelle tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992	*numero dei campioni <80% in 3 delle 5 categorie di prodotti indicati nelle tabelle 1 e 2 del DM*	*numero dei campioni (sono esclusi i campioni analizzati da laboratori non accreditati) > 80% in almeno 3 delle 5 categorie di prodotti indicati nelle tabelle 1 e 2 del DM*

20	**S.INTE.S.I. STABILIMENTI** (art. 3 del reg. 854/2004; art. 31 del Reg. 882/04) anagrafe degli stabilimenti riconosciuti per la produzione di alimenti di origine animale	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2011 è stato basato su un riconoscimento condizionato*	*almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2011 è stato basato su un riconoscimento condizionato*	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo	*meno del 90% dei riconoscimenti condizionati rilasciati nel 2011 sono stati trasformati in definitivi entro i 6 mesi previsti dal Reg. 854/04 sul totale dei riconoscimenti condizionati rilasciati nell'anno medesimo*	*almeno il 90% dei riconoscimenti condizionati rilasciati nel 2011 sono stati trasformati in definitivi entro i 6 mesi previsti dal Reg. 854/04 sul totale dei riconoscimenti condizionati rilasciati nell'anno medesimo*
21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1272 del 23/01/2013 concernente "rilevazione di attività di audit svolta"	comunicazione nel tempo previsto (fine febbraio) utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti	*comunicazione inviata oltre il termine*	*comunicazione inviata entro il termine*	compilazione corretta e completa di tutte le voci previste dalla tabella di rilevazione, basata su una attività di audit effettivamente svolta nel 2012	*tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2012*	*tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2012*
22	**FINANZIAMENTO DEI CONTROLLI UFFICIALI -** Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004 - Art. 8, comma 1 e 2, del DLgs n. 194 del 19.11.2008; DM 24/01/2011 "modalità tecniche per il versamento delle tariffe e la rendicontazione"	trasmissione al Ministero della salute, entro il 30 aprile, dell'allegato 3 del DM 24/1/2011 concernente i dati relativi alle somme effettivamente percepite e i costi del servizio prestato	*non trasmesso entro la data prevista*	*trasmesso entro la data prevista*	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	*allegato 3 inviato, corretto e completo*

NOTE:

- FLUS. INF. 1.2: per le Regioni dell'OM 14/12/206 e seguenti, il requisito di correttezza e completezza della relazione e delle attività che generano le informazioni che supportano la relazione medesima è soddisfatto se, per la brucellosi si ciascuna delle specie bovina, bufalina, ovina e caprina sussistono tutte le seguenti condizioni: almeno l'80% dei controlli sono stati caricati sul sistema SANAN, e almeno l'80% degli esiti analitici caricati dagli IZS nel sistema rispetto al totale dei controlli effettuati
- FLUS. INF. 3.2: la data da considerare per l'invio contestuale deve essere quella della rendicontazione al PNAA
- FLUS. INF. 4.2: la conformità dei dati è valutata dall'ufficio VI-DGSA sulla base dei dati trasmessi con il flusso comunitario e la rispondenza alle istruzioni correlate. Documentazione e spiegazione di ciascuna valutazione è assicurata agli atti dell'ufficio benessere
- FLUS. INF. 7.2: l'articolo 68 riguarda i grossisti; l'articolo 70,c.1 riguarda le farmacie e le parafarmacie che vendono farmaci veterinari; l'articolo 71 riguarda i grossisti autorizzati alla attività di vendita diretta e non di vendita al dettaglio; l'art. 80 riguarda tutti gli impianti autorizzati alla detenzione di scorte di medicinali, tra cui, in particolare: art. 81 - allevamenti destinati alla produzione di alimenti (DPA) con scorte di medicinali, art 82 - allevamenti non DPA, art 84 - impianti di cura, art 85 - attività zooiatrica. Le frequenze minime di controllo sono quelle previste dalla linea guida approvata con nota DGSAF n. 1466 del 26/01/2012. In caso di controlli effettuati pari al valore di (controllabili -1), si considera sufficiente;
- FLUS. INF. 9.1: i dati devono essere inviati regolarmente durante l'anno. Con questo indicatore si monitora che tutti i capi testati nell'anno di certificazione siano conosciuti dal CEA entro il 31 marzo dell'anno successivo
- FLUS. INF. 11.2: il numero di focolai effettivi viene fornito dal CEA di Torino; la verifica del dato reale dei focolai rendicontati dalla Regione, consente di poter dire che il numero di capi che la regione dichiara come "abbattuti" - sul quale percepiamo il cofinanziamento - è affermato con diligenza.
- FLUS. INF. 13.1: il trend è calcolato facendo riferimento al 1° semestre 2013
- FLUS. INF. 13.2: sono escluse dal calcolo le aziende con 1 suino
- FLUS. INF. 16.2: il target di sufficienza ritenuto congruo è il 30%
- FLUS. INF. 17.2: la determinazione del risultato deve tenere conto di tutte le eccezioni previste dal PNR 2011 (per tenere conto dei giorni non lavorativi si considereranno, ai fini del calcolo 20 giorni per la Cat. A e 45 giorni per la Cat. B).
- FLUS. INF. 18.2 : vengono prese in esame esclusivamente gli allerta comunitari. Documentazione e spiegazione di ciascuna valutazione è assicurata agli atti dell'ufficio VIII-DGSAN
- FLUS. INF. 20.1: fatto salvo il caso in cui le Regioni hanno adottato una specifica azione correttiva nel corso del 2011

- FLUS. INF. 20.2: l'ufficio III DGSA valuterà sufficiente se almeno il 90 % dei riconoscimenti condizionati rilasciati nel 1° semestre sono stati trasformati/revocati in definitivi nel 2° semestre; le regioni che rilasciano direttamente il definitivo, in difformità dalle disposizioni previste, saranno valutate insufficienti
- FLUS. INF. 21: per l'anno 2012, si considerano soddisfatti i criteri di copertura e di qualità anche nel caso in cui la risposta soddisfacente riguardi solo uno dei due Servizi regionali competenti (Sevizio veterinario e Servizio di igiene degli alimenti e nutrizione)
- FLUS. INF. 22.2: per compilazione completa si intende la compilazione di tutti i campi, e la tabella è comprensiva dei dati relativi a tutte le ASL della Regione

Schema di valutazione finale:

SUFFICIENTE	≥ 60% con sufficienza per almeno 4 dei flussi vincolanti **oppure** valutazione insufficiente ma con trend positivo rispetto all'anno precedente (% in miglioramento) con sufficienza per almeno 4 dei flussi vincolanti
NON SUFFICIENTE	< 60% o comunque con meno di 4 flussi vincolanti sufficienti **oppure** valutazione insufficiente e con trend negativo rispetto all'anno precedente (% in peggioramento) o con meno di 4 flussi vincolanti sufficienti, o mancato rispetto degli eventuali impegni sottoscritti in sede di Comitato LEA