Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio X ex DGPROG – SiVeAS

VERIFICA ADEMPIMENTI LEA
ANNO 2013

Maggio 2015

INDICE

Introduzione 4
Adempimenti LEA 2013 5
c) Obblighi informativi 5
e) Mantenimento erogazione dei LEA 6
f) Assistenza ospedaliera 6
g) Appropriatezza 8
h) Liste d'attesa 9
l) Controllo spesa farmaceutica 10
n) Contabilità analitica 11
o) Confermabilità Direttori Generali 13
p) Dispositivi medici 13
s) Assistenza domiciliare e residenziale 14
t) Tariffe ospedaliere 15
u) Prevenzione 16
v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario 17
x) Implementazione percorsi diagnostico-terapeutici 18
y) LEA aggiuntivi 19
ah) Accreditamento istituzionale 19
aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali 21
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) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN 27
au) Sistema CUP 27
aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM 28
aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND 28
aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE 29
aae) Attività trasfusionale 30
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
aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012 38
aan) Piano per la malattia diabetica 39
Esito delle valutazioni – riepilogo nazionale 40
Esito delle valutazioni – dettaglio regionale 43
Abruzzo 43
Allegati Abruzzo 60

Basilicata....89
Allegati Basilicata....109
Calabria....137
Allegati Calabria....155
Campania....183
Allegati Campania....203
Emilia Romagna....230
Allegati Emilia Romagna....248
Lazio....274
Allegati Lazio....295
Liguria....322
Allegati Liguria....339
Lombardia....366
Allegati Lombardia....384
Marche....410
Allegati Marche....426
Molise....455
Allegati Molise....473
Piemonte....499
Allegati Piemonte....517
Puglia....542
Allegati Puglia....562
Sicilia....589
Allegati Sicilia....607
Toscana....634
Allegati Toscana....651
Umbria....677
Allegati Umbria....697
Veneto....723
Allegati Veneto....739

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 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 2013**) viene riportato l'elenco degli adempimenti oggetto di verifica per l'anno 2013, 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 2013, aggiornati al mese di maggio 2015 e comprensivi di allegati per alcuni specifici adempimenti.
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.
Si ricorda che il Questionario 2013 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

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 Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005; D.M. 13 novembre 2007 e D.M. 15 giugno 2012).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2012.
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 cinque serie di verifiche:

- coerenza CE-LA: effettuata confrontando singole voci o aggregati di queste su tutti i modelli del consuntivo. Tra le voci prese in esame verrà valutata anche la mobilità attiva e passiva interregionale. La certificazione verrà riconosciuta se la coerenza è pari al 100%;
- 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%;
- coerenza interna dei modelli CE- SP-LA: il consolidato regionale (999) deve essere pari alla sommatoria dei modelli CE-LA-SP di tutte le aziende e della gestione sanitaria accentrata (GSA), al netto delle partite infragruppo. La certificazione verrà valutata positivamente solo se la coerenza dei modelli è pari al 100%;
- coerenza interna SP: coincidenza fra attivo, passivo e netto. La certificazione verrà riconosciuta se la coerenza è pari al 100%;
- 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. Viene richiesta ai fini dell'adempimento in oggetto anche la compilazione delle tabelle, inserite nel Questionario, relative alla riconduzione delle voci degli allegati 5 e 6 ai singoli livelli del modello LA.

La verifica di cui ai punti precedenti verrà fatta anche in seguito ad eventuali modifiche del CE e del LA successivamente alla valutazione tecnica da parte degli uffici competenti.

Si specifica che la trasmissione e l'eventuale aggiornamento dei dati contenenti la compilazione delle tabelle relative agli allegati 5 e 6 deve avvenire esclusivamente in formato Excel. L'adempienza eventualmente già espressa in merito agli obblighi informativi verrà riconfermata o rivista, qualora a seguito della valutazione tecnica da parte degli uffici competenti, siano stati trasmessi al NSIS CE o LA modificati.

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria.

Statistici

- adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001 (Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2012.

Per ogni flusso informativo, al quale è attribuito un peso, viene valutata la copertura e la qualità dei dati.

Uffici istruttori

Ufficio II DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

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

Alla tabella riportata nel Questionario (Griglia LEA) corrisponde un punteggio che viene attribuito alla Regione mediante la griglia riportata nell'allegato. 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 e' 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 e' 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 2012.

L'adempimento si considera superato se la Regione:

- presenta una dotazione di posti letto non superiore a 3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie ai sensi della Legge 135/2012.
- 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).
- ha un Tasso di ospedalizzazione inferiore o uguale a 160 per 1000 abitanti, comprensivo della modalità diurna, acuzie e post acuzie ai sensi della Legge 135/2012. Sarà valutata la componente diurna, rispetto al tasso complessivo, compresa nell'intervallo 20% - 25%.
  Per le Regioni che eventualmente non dovessero rientrare nello standard predetto, si esamineranno i provvedimenti elaborati per il raggiungimento del nuovo standard nell'anno 2013.

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

Uffici istruttori

Ufficio II DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica
Ufficio III 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

Ai fini della valutazione dell'appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni di cui all'allegato B al Patto per la salute (DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria) e delle prestazioni di cui all'allegato A al Patto per la salute (Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale), è stata elaborata la metodologia riportata dettagliatamente nelle Note per la compilazione.
Le soglie di valutazione sono state stabilite sulla base della percentuale di DRG critici (area rossa) sul totale dei 108 DRG per ogni Regione. A ciascuno dei 108 DRG è stato attribuito un peso sulla base della distribuzione nazionale dei ricoveri. Sono stati calcolati mediana e terzo quartile della distribuzione dei DRG critici pesati (area rossa).
Si considerano adempienti le Regioni che hanno una percentuale di DRG critici inferiore al valore mediano, adempienti con impegno le Regioni la cui percentuale si colloca tra mediana e terzo quartile, inadempienti le Regioni che hanno una percentuale di DRG critici oltre il valore del terzo quartile.

Uffici istruttori

Ufficio II DG Programmazione Sanitaria
Ufficio VI DG Programmazione Sanitaria.

h) Liste d'attesa

- Articolo 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;

- Articolo 1, comma 282 della legge n.266/2005 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

- *Punto 1: Monitoraggio ex ante, paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12;*
- *Punto 2: 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;*
- *Punto 3: Monitoraggio dei ricoveri ex D. M. Ministro della Salute 8 luglio 2010 n. 135 sul Regolamento delle informazioni relative alla SDO ex D.M. 27 ottobre 2000, n. 380;*
- *Punto 6: Monitoraggio delle sospensioni. Il monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-2012.*
- *Intesa 28 ottobre 2010 (Punto 3.3 del PNGLA) contempla la definizione dei PDT afferenti l'area cardiovascolare ed oncologica e ne prevede il monitoraggio tramite apposite Linee guida;*

- Linee Guida (giugno 2011) per il monitoraggio dei PDT complessi.

- Articolo 41, comma 6 del D.lgs n. 33/2013"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" (GU n.80 del 5-4-2013).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2012.
Per il 2013 l'adempimento viene valutato secondo i seguenti criteri.

H.1 Monitoraggio ex post
L'adempienza viene valutata:

- per tutte le prestazioni rispetto alla corretta copertura dei campi relativi a: Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo accesso, Classi di priorità, Garanzia dei tempi massimi. Il valore soglia di copertura per i suddetti campi è = > 90%.
- per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, rispetto al valore dei seguenti due indicatori
  - Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/ totale di prestazioni di classe B
  - 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 riportati nella Tabella 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 individuando le soglie di garanzia >= a 90% sia per la classe B che per la classe D.

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 delle sospensioni

L'adempienza sarà valutata tramite l'analisi delle informazioni pervenute al NSIS relative al Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni, nonché in base alla documentazione inviata dalla Regione attestante gli interventi messi in atto per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.

H.5 Monitoraggio PDT complessi

L'adempienza sarà valutata in base all'esame dei dati relativi al monitoraggio dei PDT complessi previsto dalle Linee Guida per il monitoraggio dei Percorsi Diagnostico Terapeutici complessi del giugno 2011 – Metodologia aggiornata al giugno 2013.

H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa

A scopo informativo, si chiede alla Regione di inviare una nota recante la verifica, da parte dell'ente Regione, della presenza, sui siti web delle Aziende erogatrici, dei dati relativi ai tempi di attesa, ai sensi dell'Articolo 41, comma 6 del D.lgs n. 33/ 2013.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Programmazione Sanitaria
Ufficio II DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

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 3, 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 per l'anno 2013 all'11,35% del Fabbisogno sanitario al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA in base a quanto previsto dall'art.11, comma 9, del D.L. 31 maggio 2010, n.78, convertito, con modificazioni dalla L. 30 luglio 2010, n.122.

- Art. 15, comma 4, 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 ospedaliera per l'anno 2013 al 3,5% del Fabbisogno sanitario al netto della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, nonché al netto della spesa per i vaccini, per i medicinali di cui alle lettere c) e c -bis) dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537 e successive modificazioni, per le preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, per i medicinali esteri e per i plasmaderivati di produzione regionale.

- Art. 15, comma 7, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012, convertito, con modificazioni, dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012 che pone a carico delle aziende farmaceutiche, a decorrere dall'anno 2013, una quota pari al 50 per cento dell'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, come modificato dal comma 4 del presente articolo. Il restante 50 per cento dell'intero disavanzo a livello nazionale è a carico delle sole regioni nelle quali è superato il tetto di spesa regionale, in proporzione ai rispettivi disavanzi; non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo.

- Art. 15, comma 8, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012 concernente le disposizioni di attuazione di quanto previsto dal primo periodo del comma 7.

Criteri di valutazione

Il Ministero attraverso AIFA predispone la "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica e dei tetti stabiliti dalla L. 135/2012". Per i criteri di valutazione si rinvia a quanto riportato nel Documento adempimenti 2013 – Ministero dell'economia e finanze.

Uffici istruttori

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
Valutazione congiunta Comitato Lea - Tavolo adempimenti (Ministero dell'economia e finanze).

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 2012.

Sarà oggetto di valutazione la scheda "Verifica e monitoraggio stato d'implementazione Co. An.".

Le modalità della certificazione dell'adempimento sono le seguenti:

- ciascuna Regione deve adottare un provvedimento formale che indichi il responsabile del procedimento di verifica dello stato di attuazione nelle singole aziende sanitarie; la certificazione consisterà nella verifica della presenza o meno del provvedimento formale di nomina del responsabile;
- con riferimento alla tabella "Verifica e monitoraggio stato d'implementazione Co. An.", per ciascun obiettivo A1 e A2 non è stato assegnato alcun peso, presupponendo che i suddetti obiettivi siano stati raggiunti al 100% da tutte le Aziende nell'anno precedente. Se una sola delle aziende della Regione non dovesse aver raggiunto gli obiettivi predetti, la Regione risulterà inadempiente, a prescindere dalle adempienze riscontrate negli obiettivi successivi;
- per gli obiettivi A3, A4, B1e B2 la Regione dovrà indicare per le proprie Aziende sanitarie se l'obiettivo è stato raggiunto; in caso contrario devono essere specificate le azioni intraprese ed il termine previsto per il suo raggiungimento.

  La certificazione consisterà nella verifica del raggiungimento da parte delle Regioni di una percentuale pari rispettivamente al 60%, 33%, 33% e 33% del totale delle proprie aziende sanitarie; per il 2013 ai singoli obiettivi saranno attribuiti i seguenti pesi: 30%, 10%, 30% e 30% (nessuna diversa pesatura è stata riconosciuta a seconda della diversa natura giuridica dell'azienda, ovvero se trattasi di ASL o AO, AOU pubblica, IRCCS pubblico, in considerazione dell'effetto distorsivo che si produrrebbe in caso di una distribuzione numerica non equamente ripartita tra le Regioni in termini di aziende sanitarie rispetto alle altre tipologie).

  Dal 2014 le predette percentuali potranno essere diversamente rimodulate per tenere conto dello stato implementativo del sistema di contabilità analitica;
- per l'obiettivo B3, essendo riconducibile al modello LA consolidato regionale (999), teso a verificare che la somma dei valori totali del modello LA aziendale e di quello relativo alla gestione sanitaria accentrata regionale (000) sia pari al totale del modello LA 999, al netto delle partite infragruppo che si elidono in sede di consolidamento, la verifica consisterà nella messa in evidenza di eventuali disallineamenti che, se non riferibili alle predette partite infragruppo, non consentiranno alla Regione interessata di ottenere l'adempienza.

  A tale obiettivo non è stato assegnato alcun peso; qualora non venisse garantito la Regione sarà considerata inadempiente.

Dal 2014, la verifica di tali obiettivi avverrà secondo i seguenti criteri:

- l'obiettivo A3 sarà rivisto prevedendo il raggiungimento da parte del 100% delle aziende, mentre agli obiettivi A4, B1 e B2 saranno attribuiti pesi da concordarsi, prevedendo il raggiungimento per ciascun obiettivo da parte del 66% delle aziende.

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 2012.
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 di detta lettera o) attraverso quella riferita al punto c.1) 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 della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel 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

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2012.
La valutazione tiene conto dei dati relativi al consumo dei dispositivi medici presenti nel NSIS relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013.
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 nel periodo gennaio-dicembre;
- la spesa rilevata dal Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 50% dei costi rilevati da Modello di conto economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

Uffici istruttori

Ufficio IV DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

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 nel 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 nel 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 2012.

S.1

La certificazione sintetica terrà conto dei seguenti punti: diffusione e utilizzo presso i servizi dello strumento di valutazione multidimensionale dei pazienti non autosufficienti per l'accesso all'assistenza domiciliare integrata adottato dalle regioni, presenza sul territorio delle diverse tipologie di offerta assistenziale extraospedaliera, fissazione delle quote a carico delle ASL e dei Comuni per tutte le tipologie di assistenza.

PUNTEGGIO MASSIMO ATTRIBUITO: 19 PUNTI

Valutazione Multidimensionale del paziente non autosufficiente: 1 punto

Offerta assistenziale: 9 punti

Ripartizione degli oneri: 9 punti

La Regione si considera inadempiente se non raggiunge il punteggio totale di 11/19.
Nel caso in cui le quote di compartecipazione si discostino in modo significativo dalla previsione dell'Allegato C del dPCM 29 novembre 2001, l'eventuale adempienza sarà accompagnata dall'impegno della Regione ad adeguarle.
Nel caso in cui il punteggio alla domanda S.1.1 del Q13 sia inferiore a 1, l'eventuale adempienza sarà accompagnata dall'impegno della Regione ad attuare quanto richiesto dal quesito.
Inoltre, le Regioni valutate con punteggio 0 alla domanda S.1.1 nel Questionario 2012 devono fornire risposta anche alla corrispondente domanda (S.1.1.1) nel Questionario 2013.

S.2

La sezione, compilata dal Ministero attraverso i flussi NSIS, ha valore esclusivamente informativo.

S.3

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'assistenza domiciliare nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2013.

- Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali.

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21

Valore di riferimento = 100

Accettazione della variabilità = 20

Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente

Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

- Indicatore di qualità

  Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico con dimissione nell'anno

  Valore di riferimento = 100

  Accettazione della variabilità = 20

  Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente

  Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente.

L'adempienza globale sarà garantita dal giudizio di adempienza su entrambi gli indicatori.

Se adempiente saranno calcolati i seguenti indicatori:

- Tasso di accessi standardizzato per età (1000 abitanti)
- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura.

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 2013.

- Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

  Numero ammissioni attive con FAR/ Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)

  Valore di riferimento = 100

  Accettazione della variabilità = 20

  Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente

  Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

  Numero ammissioni attive con FAR/ Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)

  Valore di riferimento = 100

  Accettazione della variabilità = 20

  Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente

  Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

Se adempiente saranno calcolati i seguenti indicatori:

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.
- Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione.

<u>Uffici istruttori</u>

Ufficio II DG Programmazione Sanitaria
Ufficio III DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

<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 2012.
La verifica è volta ad accertare se nell'anno 2013 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, 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.

- l'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 proroga al 31 dicembre 2013 il PNP 2010-2012, confermandone, per l'annualità 2013, il vincolo della certificazione ai fini dell'accesso al finanziamento previsto dagli Obiettivi di Piano ed il sistema di valutazione dei PRP di cui all'Intesa Stato Regioni 10 febbraio 2011;

- 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 sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014" (Rep. Atti n. 54/CSR del 22 febbraio 2012).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2012.
La valutazione dell'adempimento avverrà sulla base delle informazioni contenute nella tabella inserita nelle Note per la compilazione, secondo i criteri ivi riportati.

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 2012.
Ai fini della valutazione si terrà conto:

1) del Piano di Formazione Continua Regionale;

2) dell'invio al Comitato Tecnico Regionale del Manuale di accreditamento dei Provider regionali e, laddove erogato, il relativo parere (Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012). In

caso di mancato invio le Regioni devono dare atto dell'esistenza del manuale di accreditamento con riferimento all'atto amministrativo di adozione (requisito richiesto solo ai fini informativi);

3) dell'attività di monitoraggio condotta sullo stato di attuazione delle procedure di accreditamento regionale;

4) dell'indicazione delle risorse finanziarie utilizzate dalla Regione in favore delle Aziende del SSN nel 2013 per la Formazione continua dei dipendenti e convenzionati del SSN e quella rivolta ad altri professionisti sanitari;

5) dell'attestazione dell'avvenuto trasferimento dei report da parte dei provider al Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie (Co.Ge.A.P.S.) e all'ente accreditante, tramite procedura informatica, utilizzando il tracciato unico definito dalla Commissione Nazionale Formazione Continua (Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009);

6) della trasmissione di una relazione sulle attività svolte dall'Osservatorio regionale, oppure sulle modalità con cui tale organismo gestisce le verifiche e i controlli al livello regionale (Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009) (requisito richiesto solo ai fini informativi).

La Regione si considera adempiente se fornisce quanto sopra richiesto.

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".

- Art. 1, comma 28, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, modifiche al secondo periodo: "i percorsi diagnostico-terapeutici sono costituiti dalle linee-guida di cui all'articolo 1, comma 283, terzo periodo, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, nonché da percorsi definiti ed adeguati periodicamente con decreto del Ministro della Salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato; le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano su proposta del comitato strategico del Sistema nazionale linee-guida, di cui al decreto del Ministro della salute 30 giugno 2004, integrato da un rappresentante della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (art. 1, comma 796, lettera m) della L. 27.12.2006 n. 296).

- Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente "Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale".

- Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), Istituto Superiore di Sanità (ISS) (http://www.snlg-iss.it)

- Linee-guida per la pratica clinica. Metodologia per l'implementazione, 2004 (Ed. Il Pensiero Scientifico).

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2012.
La valutazione per l'anno 2013 terrà conto delle informazioni acquisite tramite

- la trasmissione del Provvedimento/Atto regionale/aziendale di adozione e l'avvio dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), sia in ambito ospedaliero che territoriale, con il relativo PDTA;

- la trasmissione delle modalità di monitoraggio della effettiva implementazione dei PDTA individuati da parte della Regione.

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 2012.
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.

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 dall'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 e Province Autonome di Trento e Bolzano 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;

- art. 2 comma 100 della Legge n. 191 del 23 dicembre 2009. 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 dalla 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, recante documento "Disciplina per la revisione dell'accreditamento";

- Decreto del Ministro della Salute del 6 febbraio 2013 recante:" Costituzione del tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento istituzionale";

- Decreto Legge del 30 dicembre 2013 n. 150 art. 7, comma 1-bis convertito nella legge 27 febbraio 2014 n. 15 «All'articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, le parole da: "; le regioni provvedono ad adottare provvedimenti" fino alla fine della lettera sono sostituite dalle seguenti: "; le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 31 ottobre 2014 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. Qualora le regioni non provvedano ai citati adempimenti entro il 31 ottobre 2014, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, e sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, nomina il Presidente della regione o altro soggetto commissario ad acta ai fini dell'adozione dei predetti provvedimenti"»

<u>Criteri di valutazione</u>

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2012.
Per l'anno 2013 verranno valutati esclusivamente i punti AH.1 e AH.2. Il punto AH.3 ha esclusivamente valore informativo.

AH.1 La Regione deve adottare e trasmettere l'atto con cui viene recepita l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012.

AH.2 Qualora il processo di accreditamento istituzionale per le strutture sanitarie non sia concluso, la valutazione sarà legata alla rendicontazione delle criticità ed agli interventi attuati per risolverle nonché alla formulazione di un preciso cronoprogramma delle attività che prospetti la conclusione dello stesse, indicandone la relativa tempistica.
Relativamente alle strutture socio sanitarie, la suddetta analisi avrà valore esclusivamente informativo.

AH.3 Il punto costituisce elemento informativo in merito al pieno recepimento del disciplinare tecnico allegato all'Intesa del 20 dicembre 2012.

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 2012.
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 2013, 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). Con riferimento alla Relazione annuale di verifica dovrà essere compilata la Tabella in cui sono riportati i dati di attività ed economici.

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 2012.
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 Stato-Regioni 23 marzo 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 2012.
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 comma 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 2012.
Saranno oggetto di verifica le certificazioni inviate dalle Regioni contenenti il seguente dettaglio della spesa 2012:

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 2012, limitatamente alle colonne dei "consumi sanitari" e dei costi delle "prestazioni sanitarie". In caso contrario, l'adempienza verrà concessa solo se la Regione abbia 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 nel 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 2012.

AO.1 Standard qualitativi e quantitativi 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.

Si precisa che, a partire dalle valutazioni relative all'anno 2014, i valori riportati nella tabella al punto AO.1.3, relativi all'assistenza residenziale palliativa, dovranno essere riscontrabili mediante il sistematico invio, da parte delle Regioni, dei medesimi dati sul flusso informativo ministeriale Hospice

AO.2 Sistema informativo Hospice

La valutazione terrà conto della disponibilità e completezza dell'acquisizione nel NSIS del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice.

Livello analisi: ASL

Viene verificata la disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento.

La Regione viene considerata adempiente solo se presenti entrambi i trimestri.

In relazione alla completezza dell'acquisizione del flusso nel NSIS, viene valutato l'indicatore

N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11.

Valore di riferimento = 100

Accettazione della variabilità = 20

Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente

Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

L'adempienza globale sarà garantita dal giudizio di adempienza su entrambe le misure.

AO.3 Percorso diagnostico terapeutico assistenziale

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.

La Regione deve inoltre allegare la relativa documentazione.

Uffici istruttori

Ufficio XI DG Programmazione Sanitaria
Ufficio III DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica
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 Stato-Regioni del 26 novembre 2009 (Rep. n. 84/CU) 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 DPCM 1 aprile 2008;

- Accordo Stato-Regioni del 26 novembre 2009 ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, 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".

Criteri di valutazione

Per le Regioni dichiarate inadempienti o "adempienti con impegno" negli anni precedenti, il superamento delle criticità riscontrate sarà condizione necessaria per il giudizio di adempienza.

La valutazione sarà positiva nel caso in cui la Regione abbia risposto positivamente alla domanda AP.1.1 (dimissione internati in OPG) e ad almeno una delle domande AP.1.2 (minori accolti nei Centri di prima Accoglienza) o AP.1.3 (tutela salute mentale in ambito penitenziario).

Per quanto riguarda il completamento della procedura di stipula delle convenzioni di trasferimento in uso gratuito alle Asl dei locali presenti all'interno delle strutture penitenziarie domanda, si valuteranno le iniziative, adeguatamente documentate, assunte dalle Asl.

Per le Regioni a statuto speciale la valutazione sarà positiva nel caso in cui il disegno di legge di 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, 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 2012.

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione deve compilare la tabella al punto AS.1.1.

Il giudizio di adempienza viene raggiunto qualora siano state implementate almeno 7 Raccomandazioni e qualora almeno il 70% del totale delle aziende sanitarie della Regione abbia implementato ogni Raccomandazione, secondo quanto espresso dalla colonna D della suddetta tabella.

AS.2 Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici

Il punto ha lo scopo di conoscere la diffusione dell'utilizzo di strutture di centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici anche qualora le stesse non siano presenti nell'Azienda. L'informazione richiesta è relativa al numero delle Strutture sanitarie che erogano prestazioni oncologiche che si avvalgono di Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interne o esterne rispetto al numero totale delle Strutture sanitarie che erogano prestazioni oncologiche.

Criterio per l'adempienza è che il rapporto tra le strutture che utilizzano UFA interne o esterne/in service per l'allestimento delle preparazione antiblastiche rispetto al totale delle strutture che erogano prestazioni oncologiche sia almeno il 60%.

AS.3 Formazione per gli operatori

Ai soli fini informativi, si chiede di conoscere se la Regione abbia adottato formalmente un Piano per la formazione rivolta agli operatori sanitari che includa il tema della sicurezza dei pazienti.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria

La Regione deve fornire il numero delle Unità Operative chirurgiche che utilizzano la Check list in Sala operatoria rispetto al totale delle UO chirurgiche. Il criterio per l'adempienza è il raggiungimento di una percentuale del 75%.

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali

Il punto ha come finalità l'acquisizione di informazioni relative alla produzione da parte della Regione di un report sul monitoraggio delle Raccomandazioni.

AS.6 Prevenzione delle cadute

Il punto ha il solo scopo di raccogliere informazioni circa la predisposizione da parte della Regione di un piano di prevenzione delle cadute nelle Strutture Sanitarie.

AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione, a soli fini informativi, deve fornire indicazioni circa l'istituzione di un gruppo di esperti per l'analisi degli eventi sentinella e la presenza di un sistema di monitoraggio dei piani di miglioramento attivati successivamente agli eventi stessi.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Programmazione Sanitaria.

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

- il decreto interministeriale Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze, 1 marzo 2013, prevede che i Percorsi Attuativi di Certificabilità siano approvati coerentemente con quanto disposto dal comma 3 dell'art. 3 del Decreto17 settembre 2012 in materia di certificabilità.

Lo stesso decreto 17 settembre 2012 all'articolo 3, comma 4, prevede che "alla verifica dell'attuazione da parte delle Regioni dei percorsi attuativi, secondo le modalità e le tempistiche ivi previste, provvedono:

- per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro, congiuntamente il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA e il Tavolo di verifica adempimenti, di cui rispettivamente agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in occasione delle verifiche di attuazione del Piano di rientro;

- per le Regioni non sottoposte ai Piani di rientro, il Tavolo di verifica adempimenti, di cui all'articolo 12 della predetta Intesa del 23 marzo 2005, in occasione delle ordinarie verifiche degli adempimenti".

Criteri di valutazione

Entro il 30 settembre 2014 le Regioni devono inviare al Comitato Lea i PAC approvati secondo le modalità di cui all'art. 2, del DM 1 marzo 2013, opportunamente adeguati alle raccomandazioni formulate dal Tavolo adempimenti e Comitato Lea per le Regioni in Piano di rientro e dal solo Tavolo adempimenti per le Regioni non in Piano di rientro. L'adeguamento dei PAC alle predette raccomandazioni sarà verificato dal Tavolo e Comitato medesimi, nell'ambito della più generale verifica dello stato di avanzamento del PAC ex art. 2 del DM 1 marzo 2013.
La verifica dell'adempimento consisterà nella trasmissione del percorso di adeguamento del PAC nei termini sopradescritti.

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria.

au) Sistema CUP

- verifica del 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.

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2012.
La Regione viene considerata adempiente se fornisce i seguenti indicatori di performance per singolo CUP per l'anno 2013:

- numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici nell'anno 2013
- numero di prenotazioni effettuate nell'anno 2013
- misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate nell'anno 2013
- rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell'anno 2013.

Uffici istruttori

Ufficio III DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel 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

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2012.
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 2013.

Livello di analisi: Regione

- Indicatore di coerenza con il modello STS24

  Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica)
  Valore di riferimento = 100
  Accettazione della variabilità = 20
  Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente
  Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

- Indicatore di qualità

  Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati.
  Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita sarà considerato non valido, pertanto sarà escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.
  Valore di riferimento = 100
  Accettazione della variabilità = 20
  Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente
  Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

Se adempiente sarà calcolato il seguente indicatore:

- Distribuzione degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico.

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel 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

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2012.
La valutazione tiene conto dei dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2013.

Livello di analisi: Regione

- Indicatore di coerenza

  Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012
  Valore di riferimento = 100
  Accettazione della variabilità = 20

Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente
Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

- Indicatore di qualità

  Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati.
  Il codice 99 non noto/non risulta sarà considerato non valido, pertanto sarà escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.
  Valore di riferimento = 100
  Accettazione della variabilità = 20
  Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente
  Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

Se adempiente saranno calcolati i seguenti indicatori:

- Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti)
- Numero di SerT/ popolazione (*100.000 abitanti).

Uffici istruttori

Ufficio III DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

- Articolo 12 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, recante "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese", come modificato dall'articolo 17 del decreto legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98, recante "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia", relativo alla istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico.
L'articolo 12, comma 15-quater del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, e successive modificazioni dispone che "L'Agenzia per l'Italia digitale e il Ministero della salute operano congiuntamente, per le parti di rispettiva competenza, al fine di: a) valutare e approvare, entro sessanta giorni, i piani di progetto presentati dalle regioni e dalle province autonome per la realizzazione del FSE, verificandone la conformità a quanto stabilito dai decreti di cui al comma 7 ed in particolare condizionandone l'approvazione alla piena fruibilità dei dati regionali a livello nazionale, per indagini epidemiologiche, valutazioni statistiche, registri nazionali e raccolta di dati a fini di programmazione sanitaria nazionale; b) monitorare la realizzazione del FSE, da parte delle regioni e delle province autonome, conformemente ai piani di progetto approvati. La realizzazione del FSE in conformità a quanto disposto dai decreti di cui al comma 7 e' compresa tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni e le province autonome per l'accesso al finanziamento integrativo a carico del Servizio Sanitario Nazionale da verificare da parte del Comitato di cui all'articolo 9 dell'Intesa sancita il 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005."

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2012.
La Regione deve predisporre una relazione in merito alle attività poste in essere per la realizzazione del FSE, secondo le indicazioni riportate nelle Note alla compilazione.
Laddove si ritenesse di non poter predisporre la predetta relazione, per la valutazione si terrà conto dell'indicatore utilizzato per l'anno 2012.

Uffici istruttori

Ufficio III DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

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

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

- Accordo Stato-Regioni 13 marzo 2013 sulla definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC)

- Decreto del Ministro della salute 29 ottobre 2013 recante "Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti, per l'anno 2013".

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2012.
Ai fini della certificazione positiva si ritiene indispensabile in particolare l'ottemperanza a tutti gli adempimenti previsti al punto AAE.1, relativi all'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010.
Per gli adempimenti di cui al punto AAE.2, relativi all'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni 13 ottobre 2011, la Regione si considera adempiente se allega documentazione relativa ad almeno un punto relativo alle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC).
Per gli adempimenti di cui al punto AAE.3, la Regione si considera adempiente se allega documentazione relativa ad almeno un punto relativo all'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012.
Per gli adempimenti di cui al punto AAE.4, relativo all'Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013, ai fini dell'adempienza si richiede il recepimento formale dello stesso.

Uffici istruttori

Ufficio VIII DG Prevenzione.

aaf) Percorso nascita

- Accordo 10 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 e 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 2012.
Per l'adempienza si terrà conto dei seguenti elementi valutativi.

AAF.1 Attuazione Accordo 16 dicembre 2010
In attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, la valutazione terrà conto del completamento della riorganizzazione dei punti nascita regionali sulla base dei dati riportati nella tabella presente nel Questionario.

AAF.2 Standard e requisiti previsti dall'Accordo del 16 dicembre 2010
Qualora le Regioni abbiano ritenuto di dover mantenere operative strutture con numero di parti al di sotto dei 500/anno, devono essere compilate le tabelle Excel allegate al Questionario.
L'adempienza sarà valutata in base alla presenza dei requisiti e degli standard operativi previsti dal citato Accordo. In caso di incompleta o mancata compilazione delle tabelle suddette, la Regione verrà ritenuta inadempiente.

AAF.3 Formazione degli operatori
L'adempienza sarà valutata in base alle azioni svolte dalla Regione relativamente all'attività di formazione degli operatori.

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 e' 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";

- Accordo Stato-Regioni 7 febbraio 2013: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del Sistema di Emergenza Urgenza in rapporto alla Continuità Assistenziale";

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel 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").

<u>Criteri di valutazione</u>

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2012.

AAG.1 Relazione rete emergenza-urgenza.
L'adempimento è costituito dalla presenza di atti formali di programmazione relativi alla ridefinizione della rete di emergenza e delle centrali operative e di istituzione delle reti assistenziali, dopo eventuale riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale.
La Regione, inoltre, deve trasmettere una relazione contenente tutte le informazioni riportate nelle Note per la compilazione.

AAG.2 Sistema Informativo NSIS-EMUR
La valutazione tiene conto dei dati relativi all'emergenza-urgenza presenti nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2013.

EMUR PS
Livello analisi: Strutture con DEA I / DEA II / PS/ PS Ped (HSP11/HSP11bis)

- Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H
  N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ n. accessi calcolati con HSP24
  Valore di riferimento = 100
  Accettazione della variabilità = 20
  Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente
  Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente
- Indicatore qualità
  N. record con ASL e comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati
  Valore di riferimento = 100
  Accettazione della variabilità = 20
  Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente
  Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

L'adempienza globale sarà garantita dal giudizio di adempienza su entrambi gli indicatori.

Se adempiente saranno calcolati i seguenti indicatori

- Numero accessi in PS per 1000 residenti
- Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso.

EMUR 118

Livello analisi: Centrali Operative 118

Non avendo a disposizione dati di confronto con altri flussi, l'indicatore di completezza può riferirsi ai volumi dell'anno precedente con un focus di qualità sulla corretta valorizzazione dei campi data-ora.

- Indicatore di coerenza
  N. di chiamate al 118 anno 2013 >= N. di chiamate al 118 anno 2012
  Valore di riferimento = 100
  Accettazione della variabilità = 20
  Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente
  Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente
- Indicatore di qualità
  Totale record valorizzati correttamente campi data-ora/ totale record campi data ora
  Valore di riferimento = 100
  Accettazione della variabilità = 20
  Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente
  Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

L'adempienza globale sarà garantita dal giudizio di adempienza su entrambi gli indicatori.

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 della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Ufficio X DG Programmazione Sanitaria.

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 2012.
Ai soli fini informativi, la Regione deve indicare gli estremi degli atti formali di programmazione relativi all'istituzione di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e trasmettere una relazione, tenendo conto delle indicazioni riportate nelle Note per la compilazione.

Uffici istruttori

Ufficio V DG Programmazione Sanitaria.

aai) Riabilitazione

- Accordo Stato-Regioni 10 febbraio 2011 concernente il 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 2012.

AAI.1 Percorsi Riabilitativi
Il punto ha esclusivamente valore conoscitivo.

AAI.2 Indicatori relativi all'appropriatezza nelle prestazioni di ricovero ospedaliere

La valutazione degli indicatori è, per l'anno 2013, limitata all'indicatore "percentuale di inappropriatezza clinica" e all'indicatore "percentuale di inappropriatezza/inefficienza", mentre l'indicatore "percentuale di inappropriatezza organizzativa" costituisce solo oggetto di osservazione.

L'adempienza su ciascun indicatore sarà il frutto del posizionamento del valore regionale rispetto al valore mediano della distribuzione e del trend registrato nell'ultimo triennio.

L'adempienza finale sarà attribuita anche se uno dei due indicatori oggetto di valutazione risultasse inadempiente.

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 2012 e l'occorrenza di inadempienze che hanno comportato gravi rischi per la salute pubblica e le popolazioni animali.

La Regione sarà considerata adempiente, qualora non si siano riscontrati motivi ostativi nella valutazione preliminare, se avrà raggiunto la sufficienza in almeno 4 dei 5 punti/item di seguito riportati.

AAJ.1.1 Indicatori di performance

- Strumento di valutazione: "Tabella indicatori di performance"
- Soglia di sufficienza: raggiungimento di almeno il 70% del punteggio massimo applicabile a ciascuna Regione per un pool di indicatori relativi alla "Prevenzione veterinaria e alimentare".

AAJ.1.2 Flussi informativi

- Strumento di valutazione: "Tabella Obblighi informativi veterinari"
- Soglia di sufficienza: raggiungimento di un punteggio ≥ 60% rispetto al massimo raggiungibile e conseguimento del punteggio massimo in almeno 4 dei 6 flussi vincolanti previsti.

AAJ.1.3 Definizione del sistema regionale di audit

Saranno valutati positivamente i riscontri forniti dalle ASL agli audit svolti dalla Regione.

- Strumento di valutazione: "Questionario 2013" inviato alla Regione;
- Soglia di sufficienza: per il 2013 il riscontro atteso sarà almeno la produzione di un "Piano di Azione o una comunicazione di natura equivalente" da parte di ciascuna ASL auditata dalla Regione nel corso dell'anno.

AAJ.1.4 Attuazione programma di audit

- Strumento di valutazione: "Questionario 2013" inviato alla Regione;
- Soglia di sufficienza: 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

- Strumento di valutazione: "Questionario 2013" inviato alla Regione;
- Soglia di sufficienza: 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: a) definizione delle responsabilità (chi fa cosa); b) definizione delle modalità di attuazione della verifica (ad es. procedure/ modulistica/ istruzioni).

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

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2012.

La Regione verrà valutata positivamente se il valore dell'indicatore

- numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale / totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini

risulterà maggiore o uguale al 10%.

Uffici istruttori

Ufficio III DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

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 nel 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 nel 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").

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2012.

AAL.1 Qualità dell'assistenza farmaceutica

Si chiede alla Regione, ai soli fini conoscitivi, di fornire una serie di elementi relativi a:

- allocazione delle risorse per l'assistenza farmaceutica regionale
- misure di governo dell'assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera
- garanzia dell'accesso ai medicinali innovativi
- Prontuari Terapeutici Ospedalieri (PTO).

Si fa presente che il "Prontuario Terapeutico Ospedaliero", solo quando la Regione abbia un PTO regionale, deve essere compilato e trasmesso esclusivamente nel formato Excel allegato al Questionario.

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 2013.

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 nel periodo gennaio-dicembre;
- 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;
- il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari ad almeno il 90% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre;
- la spesa rilevata dai Flussi Medicinali (DM 31 luglio 2007 e s.m.i. e DM 4 febbraio 2009) copre il 90% dei costi rilevati da Modello di conto economico per le voci corrispondenti nel periodo gennaio-dicembre (voce B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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 2013.

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 nel periodo gennaio-dicembre;

- la spesa rilevata dai Flussi Medicinali (DM 31 luglio 2007 e s.m.i. e DM 4 febbraio 2009) copre il 90% dei costi rilevati da Modello di conto economico per le voci corrispondenti nel periodo gennaio-dicembre (voce B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

Uffici istruttori

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

Ufficio IV DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

- attuazione dell'art. 12, comma 1 lett. b) dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009: "Fissazione parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente, delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, verificati in base allo standard di riferimento adottato dal Comitato LEA", per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale occorre far riferimento alle seguenti disposizioni:

- *documento approvato dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 – "Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la salute 2010-2012".*
- *art. 2, comma 72, legge 191/2009: "Gli enti destinatari delle disposizioni di cui al comma 71 (gli enti del Servizio sanitario nazionale), nell'ambito degli indirizzi fissati dalle regioni, anche in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa previsti dal medesimo comma:*

  a) (omissis) …

  b) fissano parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente, delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi del presente comma. "
- *art. 2, comma 73, legge 191/2009: "Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti dalle disposizioni di cui ai commi 71 e 72 per gli anni 2010, 2011 e 2012, si provvede nell'ambito del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005. La regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti. In caso contrario la regione è considerata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico".*
- *art. 2, comma 74, legge 191/2009*
- *art. 17, comma 3, decreto legge 98/2011: "Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 si applicano anche in ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015".*
- *art. 15, comma 21, decreto legge 95/2012: "Il comma 3 dell'articolo 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 è sostituito dai seguenti:*

  3. Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 si applicano anche in ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015.

  3-bis. Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di cui al comma 3 si provvede con le modalità previste dall'articolo 2, comma 73, della citata legge n. 191 del 2009. La regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento di tali

obiettivi. In caso contrario, limitatamente agli anni 2013 e 2014, la regione è considerata adempiente ove abbia conseguito l'equilibrio economico.

3-ter. Per le regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari o ai Programmi operativi di prosecuzione di detti Piani restano comunque fermi gli specifici obiettivi ivi previsti in materia di personale".

Criteri di valutazione

Sarà oggetto di valutazione per l'anno 2013 l'avvenuta emanazione di specifici provvedimenti per contenere il numero complessivo delle strutture semplici e complesse.

Le informazioni relative alle strutture semplici e complesse, previste ed assegnate, sono compilate a cura del Ministero della Salute facendo riferimento ai contenuti informativi della Tabella 1G del Conto Annuale (CA) degli enti e delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale.

A fini esclusivamente informativi, si chiede di fornire informazioni circa l'avvenuto recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013 e l'opportuna diffusione alle aziende sanitarie.

Uffici istruttori

Ufficio X DG Programmazione sanitaria

Ufficio II DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

aan) Piano per la malattia diabetica

- *Accordo del 6 dicembre 2012, 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 Bolzano sul documento recante "Piano per la malattia diabetica" (rep. 233/CSR).*

Criteri di valutazione

Per l'anno 2013 le Regioni devono recepire l'Accordo del 6 dicembre 2012, 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 Bolzano sul documento recante "Piano per la malattia diabetica".

Uffici istruttori

Ufficio II DG Programmazione sanitaria.

Esito delle valutazioni – riepilogo nazionale

2013	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
c) Obblighi informativi	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI con impegno	NO	NO	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI
e) Mantenimento erogazione dei LEA	Si rinvia al PDR	SI con impegno	Si rinvia al PDR	Si rinvia al PDR	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	Si rinvia al PDR	SI	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	SI
f) Assistenza ospedaliera	SI	SI	SI	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	SI	SI	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	SI con impegno	SI	SI	SI con impegno	SI	Si rinvia al PDR	SI con impegno	SI	SI	Si rinvia al PDR	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI
g) Appropriatezza	SI	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI con impegno	SI
h) Liste d'attesa	SI	SI	SI con impegno	Si rinvia al PDR	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	SI	SI	SI
l) Controllo spesa farmaceutica	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta
n) Contabilità analitica	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	Si rinvia al PDR	SI con impegno	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	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
s) Assistenza domic. e residenziale	SI con impegno	SI	NO	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	NO	NO	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	SI
	SI con impegno	SI con impegno	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI con impegno	SI
	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	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	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI
v) Piano nazionale aggiornamento personale sanitario	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
x) Impl. percorsi diagnostico terapeutici	SI	SI	SI con impegno	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI
y) LEA aggiuntivi	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	Si rinvia al PDR	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	SI
ah) Accreditamento istituzionale	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI

2013	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
aj) Sperimentazioni gestionali	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ak) Riorganizz. rete laboratori	SI	SI con prescrizione	Si rinvia al PDR	SI con impegno	SI	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI	Si rinvia al PDR	SI	Si rinvia al PDR	SI RINVIA AL PDR	SI	SI	SI
am) Controllo cartelle cliniche	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI
an) Assistenza protesica	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ao) cure palliative	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI con impegno	Si rinvia al PDR	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI
	SI con impegno	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI
	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Si rinvia al PDR	SI	Si rinvia al PDR	SI con impegno	SI	SI	SI
ap) Sanità penitenziaria	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI con impegno	SI	SI	SI con impegno	SI
as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN	Valutazione congiunta	Valutazione Tavolo adempimenti	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione Tavolo adempimenti	Valutazione congiunta	Valutazione Tavolo adempimenti	Valutazione Tavolo adempimenti	Valutazione Tavolo adempimenti	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione congiunta	Valutazione Tavolo adempimenti	Valutazione Tavolo adempimenti	Valutazione Tavolo adempimenti
au) Sistema CUP	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aab) Sistema informativo per salute mentale NSIS-SISM	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aac) Sistema informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI
aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI
aae) Attività trasfusionale	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aaf) Percorso nascita	NO	SI con prescrizione	NO	NO	SI con impegno	NO	SI	SI	SI	SI con impegno	SI con impegno	NO	NO	SI	SI con prescrizione	SI
aag) Emergenza-urgenza	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI
	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	NO	SI con impegno	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI

2013	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
aah) Cure primarie	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	SI
aai) Riabilitazione	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
aak) Linee guida per la dematerializzazione	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica	SI	SI	NO	Si rinvia al punto l)	SI	Si rinvia al punto l)	SI	SI	Si rinvia al punto l)	SI	SI	Si rinvia al punto l)	Si rinvia al punto l)	SI	SI	SI
	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12	SI con impegno	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI con impegno	NO	SI	SI	SI
aan) Piano per la malattia diabetica	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Abruzzo

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha garantito sia la trasmissione dei modelli che la qualità degli stessi.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Si segnala, in via preliminare, che nella verifica degli adempimenti per l'anno 2012 la Regione Abruzzo era risultata adempiente con impegno a risolvere le criticità evidenziate sulla qualità dei flussi informativi SDO – Scheda di Dimissione ospedaliera e nuovi campi della SDO (D.M. 135 del 8.07.2010) e sulla tempestività e qualità del flusso informativo STS24 (assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale).

Per l'anno 2013 per i flussi informativi SDO – Scheda di Dimissione ospedaliera e nuovi campi della SDO non risultano criticità. La copertura dei dati è buona, mentre, inizialmente, la qualità dei dati risulta insufficiente, in presenza di criticità sui flussi informativi STS21 (assistenza specialistica territoriale) e STS24 (assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale).

La regione Abruzzo, tuttavia, trasmette una nota il 12 febbraio 2015, comunicando di aver effettuato le dovute correzioni e integrazioni nella Banca dati NSIS al fine di eliminare le criticità sui flussi informativi STS21 e STS24. Si conferma quanto riportato dalla Regione, evidenziando che tale obiettivo è stato raggiunto in notevole ritardo rispetto ai termini fissati per l'invio e la validazione dei dati (D.M. 5 dicembre 2006 2006 – Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie).

La Regione Abruzzo viene considerata adempiente con impegno a migliorare la tempestività e la qualità dei dati rilevati dai flussi informativi STS11 e STS24 (vedi tabelle allegate).

e) Erogazione LEA

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La regione Abruzzo con un punteggio pari a 152 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente con impegno". Si segnalano delle criticità per gli indicatori: 2 Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (già rilevata nel 2012), 5.1 Malattie animali trasmissibili all'uomo (già rilevata nel 2012), 5.2 Malattie animali trasmissibili all'uomo (già rilevata nel 2012), 5.3 Anagrafi animali - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana (già rilevata nel 2012), 9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti e 12 Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT. Considerando che la Regione è sottoposta al Piano di Rientro si rinvia agli obiettivi stabiliti dal Piano stesso.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2014, la Regione Abruzzo ha una dotazione conosciuta di 4.475 posti letto, pari a 3,35 per 1.000 abitanti, di cui 2,84 per pazienti acuti (3.792 posti letto) e 0,51 per riabilitazione e lungodegenza (683 posti letto).

Tale dotazione è in linea con i disposti normativi vigenti. Si segnala che non risulta effettuata la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13 in base dati 2013 e 2014, criticità che la Regione deve superare.
In relazione alla tematica inerente l'offerta dei posti letto regionali, la Regione non ha trasmesso documentazione, in quanto già in linea con il disposto normativo in questione.

F.2
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
In sede di prima valutazione, la Regione non risultava aver trasmesso provvedimenti utili al raggiungimento dei nuovi standard previsti dalla L. 135/2012, mostrando, per l'anno 2012, un Tasso di Ospedalizzazione totale in decremento di 164,91 e una quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno del 28,0%.
Successivamente la Regione ha trasmesso una dettagliata relazione tecnica, inerente la rimodulazione dei posti e le azioni intraprese nell'ottica della riduzione del tasso di ospedalizzazione, anche in riferimento a specifiche indicazioni impartite alle aziende del territorio regionale.
Tali interventi consentono di ritenere assolto l'impegno relativo alla verifica 2012.
In riferimento alla verifica 2013, considerato che la revisione della rete ospedaliera e territoriale è in fase di completamento e dato atto che i valori di ospedalizzazione totale e in regime diurno, pur permanendo al di sopra degli standard (162,11), appaiono in decremento nel triennio 2011-2012-2013, la Regione è considerata adempiente con impegno ad adottare le misure di riorganizzazione atte a superare tale criticità.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE
La Regione con una percentuale pari al 9% di DRG critici, inferiore al valore mediano (10%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza.
Si segnalano le criticità per i DRG 038, 073, 074, 142, 160, 184, 208, 282, 299 e 381 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE
H.1 Monitoraggio ex post
La Regione ha svolto attività di monitoraggio in modalità ex post. Dai dati pervenuti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) risulta che la valorizzazione dei campi soddisfa la soglia prevista, eccetto per i campi "Garanzia tempi attesa" che risulta essere del 28,47% (I semestre) e 25,41% (II semestre) e "Struttura sanitaria erogatrice" che risulta essere del 10,59% (I semestre) e dell'11% (II semestre).
H.1.2 Non è possibile misurare i due indicatori per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecodoppler dei tronchi sovraortici in quanto non risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.
H.2 Monitoraggio ex ante
La Regione svolge attività di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante. La percentuale di garanzia per ambedue i periodi indice raggiunge la soglia di adempienza.
H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero
Dai dati pervenuti risulta che la percentuale relativa alla corretta compilazione del campo "Data di prenotazione" (Regime ordinario e Regime DH) supera la soglia prevista del 90%.
Per quanto riguarda la percentuale relativa alla corretta compilazione del campo "Classe di priorità" questa è inferiore alla soglia prevista del 90%.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni
La Regione ha trasmesso la documentazione attinente al monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni, da cui risulta che tale attività è stata correttamente svolta nel corso dell'anno 2013.
H.4.2 Come dichiarato dalla Regione, con DGR 575/2011 sono state date indicazioni alle Aziende per fronteggiare i disagi causati dalla 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.
H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa
La Regione dichiara che ogni Azienda ha allestito una specifica area "Liste di attesa" nell'ambito del proprio portale con modalità di esposizione e fruibilità diverse per ogni ASL.

Ad integrazione di quanto sopra riportato, la Regione ha trasmesso una nota dove riporta le iniziative che ha intrapreso e che intende intraprendere per superare le criticità relative al Monitoraggio ex post; chiede inoltre la possibilità di integrare le informazioni relative ai campi carenti per l'annualità oggetto di valutazione con risultanze delle ricognizioni interne in corso.
In relazione alla criticità relativa al Monitoraggio ex post, come convenuto nella riunione del Comitato Lea del 17 dicembre 2014, è stato chiesto alla Regione di trasmettere le tabelle di transcodifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, laddove il codice della prestazione sia diverso dal codice nazionale del nomenclatore di specialistica ambulatoriale, nonché le tabelle di transcodifica delle strutture sanitarie, laddove la codifica delle stesse sia diversa dalla codifica di riferimento di cui al modello STS11, in modo da consentire la rielaborazione dei dati necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa.
La Regione ha trasmesso nel mese di gennaio 2015 le tabelle di transcodifica richieste. Dopo valutazione e analisi dei dati pervenuti dal competente ufficio della DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, la Regione viene considerata adempiente. Si suggerisce alla Regione di monitorare sul territorio l'effettiva garanzia dei tempi di attesa.

<u>I) Controllo spesa farmaceutica</u>

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA
La Regione Abruzzo ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 277,4 milioni di euro, corrispondente ad un disavanzo dal tetto del 11,35% del Fabbisogno sanitario regionale del 0,25% (6 milioni di euro). La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 109,7 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del Fabbisogno sanitario regionale del 1,09% (26 milioni di euro).
La Regione Abruzzo evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 32 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.
Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.
Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.
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 2013.

Regione: ABRUZZO			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	228.058.001	9,54%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	3.428.558	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	4.553.504	0,19%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	3.902.244	0,16%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	52.514.094	2,20%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	30.692.291	1,28%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	9.650.163	0,40%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	21.042.128	0,88%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	278.337.952	11,64%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	2.390.780.069	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	271.353.538	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	6.984.414	0,29%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		138,2%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	950.139	0,000397
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**277.387.813**	**11,60%**
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	177.298.443	7,42%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	13.127.448	0,55%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	1.883.530	0,08%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	324.718	0,0136%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	983.291	0,04%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	108.465.362	4,54%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	2.390.780.069	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	83.677.302	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	499.000	0,02%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	0	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	12.394.030	0,52%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**109.697.780**	**4,59%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	26.020.478	1,09%

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE

La Regione dichiara che le Aziende, tranne la 202, relativamente agli obiettivi A4 e B2, hanno adempiuto a quanto richiesto. Si sottolinea, però, che quanto risulta dalla Scheda per la verifica e monitoraggio stato d'implementazione CO.AN. è in contrasto con quanto dichiarato dalla Regione e dagli obiettivi previsti nel Piano Operativo.

Nell'anno precedente, infatti, gli obiettivi richiesti in relazione all'adempimento in oggetto erano stati raggiunti, anche se non in maniera omogenea a livello aziendale. La Regione dichiarava per sua stessa ammissione che era in corso un processo implementativo anche alla luce dell'adozione degli atti aziendali. Da quanto si evince dal Programma Operativo tra gli obiettivi programmati la Regione prevede:

- l'attuazione dell'Accordo di Programma Quadro attraverso la realizzazione di un modello di monitoraggio del Sistema Sanitario della Regione volto a garantire l'omogeneizzazione delle procedure, la raccolta sistematica e continuativa e l'adozione di adeguate metodologie di elaborazione, analisi e interpretazione dei dati;

- lo svolgimento di una costante azione di supporto alle AASSLL, in grado di mettere in campo risorse competenti, metodologia e strumenti indispensabili per perseguire stabilmente nel tempo gli obiettivi, anche tramite adeguati interventi di formazione sul campo.

In seguito alla richiesta di ulteriore documentazione che illustri l'iter di attuazione della contabilità analitica secondo il rispetto del cronoprogramma indicato nel Programma Operativo, la Regione ha trasmesso una relazione in cui descrive le varie fasi del cronoprogramma. L'Accordo di programma di cui al DCA 42/2012 è stato approvato dal Ministero dell'economia e finanze e dal Ministero della Salute; in seguito a tale Accordo è stata sottoscritta l'Intesa in data 16 ottobre 2014.
Il 13 febbraio 2015 la Regione trasmette ulteriore documentazione, in cui afferma che l'Accordo di programma in attuazione dell'art. 79, comma 1 sexies, lettera C, del D.L. 112/08, non risulta ancora ammesso al finanziamento.
Alla luce di quanto sopra, si ritiene superata l'inadempienza per l'anno 2012; per il 2013 si resta in attesa di poter valutare gli sviluppi della contabilità analitica secondo il rispetto del Programma Operativo 2013-2015.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione, in base alla DGR 1205 del 13 dicembre 2007 ha rispettato l'adempimento. Nel corso del 2013 sono stati stipulati i nuovi contratti con i Direttori Generali, dei quali sono stati trasmessi quelli delle ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, Lanciano-Vasto-Chieti e Teramo, nell'ambito dei quali si fa espresso richiamo alla disposizione normativa prevista dall'adempimento in oggetto e precisamente all'art. 5 dei predetti contratti, dove si prevede espressamente che il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi costituisce grave inadempienza ai fini della confermabilità dell'incarico.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, 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.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 59% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione risultava inadempiente negli anni 2011 e 2012.
La Regione ha inviato nell'anno 2014 alcune delibere che stabiliscono l'introduzione o la rimodulazione delle quote di compartecipazione, in linea con quanto previsto dalla normativa nazionale per :

- trattamenti residenziali di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale a malati cronici non autosufficienti R3;
- trattamenti residenziali e semiresidenziali socio-riabilitativi di mantenimento a persone con disabilità;
- trattamenti residenziali a persone con disturbi mentali.

Alla luce di quanto sopra la Regione viene considerata adempiente per gli anni 2011 e 2012.
Per l'anno 2013 il punteggio totale riportato dalla Regione è di 17 punti, così ripartiti:
Valutazione Multidimensionale dell'anziano non autosufficiente in cure domiciliari: 1 punto

Offerta assistenziale: 8 punti
Ripartizione degli oneri: 8 punti.

La Regione ottiene il punteggio necessario per una valutazione di adempienza; trasmette inoltre una bozza di decreto che elimina la prevista quota di compartecipazione per i trattamenti intensivi a persone non autosufficienti.

Per l'anno 2013 viene considerata adempiente con impegno a trasmettere l'atto di adozione formale del decreto che attribuisce l'onere dell'intera quota al SSR per i trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali, a pazienti non autosufficienti.

S.3

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 102%
Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 53,23%
Esito: Adempiente con l'impegno ad alimentare le PIC attivate con i dati di attività in modo che il rapporto atteso sia pari a 100%.

Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 5,67

Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1
N. Pic erogate 1.921 Tasso di prese in carico 1,46
CIA Livello 2
N. Pic erogate 3.238 Tasso di prese in carico 2,47
CIA Livello 3
N. Pic erogate 689 Tasso di prese in carico 0,52
CIA Livello 4
N. Pic erogate 1.639 Tasso di prese in carico 1,25
Totale PIC erogate 7.487

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 0
Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 89,89 %
Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 2,82

Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		Totale assistiti(*)
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
167	0,13	2236	1,70	263	0,20	1029	0,78	3695	2,82	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3695

(*) Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione.
La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbe non corrispondere con il valore in Totale assistiti. Infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

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 (DCA n. 13 del 20 febbraio 2013 allegato A-2, modificato dal DCA n. 32).

u) Prevenzione

INADEMPIENTE
Il valore dell'adempimento per la Regione Abruzzo risulta pari a 52,5 ovvero inferiore al valore soglia fissato per l'adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE
La Regione, attraverso la Convenzione con AGENAS, ha realizzato un proprio sistema di accreditamento dei provider utilizzando la piattaforma/software dell'Agenzia. Tale accreditamento avviene sulla base dei requisiti funzionali e strutturali indicati dalla Regione nel manuale approvato con decreto del Commissario ad acta n.71 del 7 ottobre 2013.
In tema di pianificazione e programmazione formativa, un ruolo importante è stato attribuito alle Aziende Sanitarie. Infatti, già nel Questionario 2012 la Regione aveva dichiarato di aver individuato, con la collaborazione dei referenti aziendali, gli obiettivi ritenuti strategici per il biennio 2012-2013, sulla base dei quali le Aziende Sanitarie avrebbero dovuto pianificare le attività formative.
Con il Questionario 2013, la Regione ha inviato il Piano formativo - anno 2014.
La Regione Abruzzo viene considerata adempiente, con la raccomandazione di implementare il Sistema di Formazione Continua Regionale secondo la normativa in materia.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE
La Regione, con apposito atto formale, ha avviato negli ultimi anni diverse iniziative, anche non strutturate in specifici PDTA, per la gestione dei pazienti affetti da patologie di grande rilevanza per la programmazione sanitaria regionale.
La Regione effettua il monitoraggio degli interventi di cui sopra avvalendosi per alcuni percorsi dell'ASR, per altri di gruppi tecnici regionali formati da referenti aziendali su richiesta della Regione stessa e per altri ancora del competente Ufficio regionale della Direzione Politiche della salute.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE
La Regione nel Questionario dichiara di garantire le seguenti prestazioni aggiuntive:

- assistenza riabilitativa, con assunzione a carico del SSR di oneri di spettanza dei Comuni per prestazioni di natura socio-assistenziale.

La Regione specifica che non ha ancora introdotto per l'assistenza riabilitativa ex art. 26 L. 833/78 la quota di compartecipazione a carico dell'ospite/Comune.
Tuttavia, in data 3 settembre 2014 viene trasmesso il DCA 92 del 13 agosto 2014 recante "Individuazione della quota di partecipazione a carico dell'utente o Comune di residenza per le prestazioni riabilitative ex art.26 Legge 833/78 – all. C1 del DPCM 29.11.2001 avente ad oggetto: Definizione dei livelli essenziali di assistenza", con il quale vengono definite le quote di compartecipazione a carico dell'utente/Comune limitatamente alle prestazioni in fase estensiva ed in lunga assistenza erogate a disabili gravi e alle prestazioni in fase estensiva ed in lungo assistenza effettuate presso le strutture ex art. 26 in regime di residenzialità erogate a disabili gravi o privi di sostegno familiare.
Con successivo DCA 103 del 18 settembre 2014 la Regione ha integrato il suddetto provvedimento prevedendo quote di compartecipazione anche per disabili e seminternati medio-gravi.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE
La Regione Abruzzo dichiara di aver concluso l'iter di accreditamento istituzionale per tutte le strutture sanitarie ad eccezione della struttura ex Villa dei pini, oggetto di fallimento e di complicata vicenda giudiziaria. Conferma la conclusione anche per le strutture di specialistica ambulatoriale.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE
La Regione ha dichiarato, con nota prot. RA/149287/DG, di non avere programmi di sperimentazione, aventi ad oggetto modelli gestionali secondo l'art.9-bis, D.lgs502/92, attivi alla data del 31 dicembre 2013.

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

ADEMPIENTE
La Regione, in merito al Piano di riorganizzazione della rete laboratoristica, ha dichiarato di non aver normato ulteriormente rispetto a quanto fatto negli anni precedenti. Con riferimento alla regolamentazione del service di laboratorio ha allegato la nota già trasmessa in merito per la verifica 2012. Con riferimento alla medicina di laboratorio, ha fornito tutte le informazioni richieste per ciascuna ASL. Si richiede, comunque, per le successive verifiche, di fornire, laddove espressamente richiesto, il dato aggregato per Regione.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE
La regione Abruzzo ha trasmesso con nota n.265162/DG7 del 9 ottobre 2014 il report relativo ai controlli secondo quanto previsto dall'art.3 c.2 del DM 10.12.2009. Si precisa che la metodologia adottata per individuare le cartelle cliniche è stata effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuale semplice e campionamento stratificato. La tipologia di prestazioni identificate ad alto rischio di inappropriatezza con le soglie di ammissione per ogni singolo DRG sono quelle dei DCA 50/2011, 63/2011 e 8/2012. I protocolli di valutazione adottati e le conseguenti misure applicate sono quelli del DCA 64/2012. I controlli vengono effettuati attraverso i Nuclei Operativi di Controllo (NOC) delle AA.SS.LL.
In riferimento alle misure adottate presso le strutture pubbliche, la Regione precisa che le aziende ospedaliere non sono remunerate a DRG pertanto non ci sono abbattimenti tariffari sui controlli delle cartelle ma solo eventi formativi per la corretta compilazione delle SDO e audit di formazione per i ricoveri inappropriati.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE

La Regione ha certificato il dato della spesa protesica anno 2012, che risulta coerente con i dati del modello LA.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

In sede di prima valutazione la Regione era stata considerata adempiente con impegno a provvedere alla formale istituzione della rete di terapia del dolore e all'identificazione dei centri Hub e Spoke e delle relative prestazioni erogate.

Successivamente la Regione ha trasmesso una nuova versione del Questionario e il DCA istitutivo della rete di terapia del dolore. Si prende atto delle iniziative adottate dalla Regione ai fini della formale istituzione della rete di terapia del dolore, con identificazione dei centri Hub e Spoke ed individuazione delle prestazioni erogate; tali iniziative appaiono in linea con i riferimenti normativi e gli atti di indirizzo nazionali in materia.

AO.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue

Indicatore di completezza per ASL

Disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento: SI

Si segnala che la ASL di Teramo non ha inviato i dati relativi al III trimestre. Si segnala inoltre che nel III trimestre la ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila non ha inviato il mese di luglio. Nel IV trimestre Teramo ha inviato solo il mese di dicembre.

Esito: Adempiente con impegno ad integrare le informazioni mancanti.

N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 4/4 (100%)

Si segnala che la struttura presente in STS11 con il codice 130999 nel flusso Hospice è codificata con il codice 00130999; si richiede pertanto alla Regione di correggere il codice. Inoltre, la struttura inviante il flusso Hospice codificata con il codice 203H01 non risulta in STS11.

Esito: Adempiente con impegno a correggere l'anagrafica.

AO.3

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato la relazione del gruppo di coordinamento regionale per la rete della terapia del dolore, nella quale vengono descritte le diverse fasi del PDTA in questione e le azioni condotte all'interno di questo; ulteriore documentazione attesta l'attivazione e la formalizzazione del percorso per il trattamento del dolore nel paziente oncologico non in fase avanzata di malattia, risultando esaustiva nel merito.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che nel 2013, a seguito di presa in carico da parte dell'Asl di provenienza, sono stati dimesse 26 persone su 36 (72%), provenienti dalla Regione, già internate in regime di proroga della misura di sicurezza detentiva in un OPG del territorio nazionale.

AP.2

Relativamente all'individuazione di strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali , la Regione è già stata valutata positivamente nella verifica 2012. Allega il Protocollo d'intesa tra la Regione, 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 17/12/2012 – 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.
Infine, la Regione allega la DGR 231 del 16/04/2012 - 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 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha implementato 6 Raccomandazioni al 100% e una al 66%; tale valore viene approssimato al 70% dal momento che la raccomandazione in questione è applicabile solo su 3 aziende ed è stata implementata in 2.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la tabella del Questionario relativa al punto, dalla quale emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono il 100%.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione con Decreto Commissariale 70/2013 dispone la formazione per gli operatori sanitari ed invia il file con l'elenco degli stessi suddivisi per ASL.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Check list di chirurgia; dall'indagine è emerso che 83 UO chirurgiche regionali su 95 utilizzano la Check list di chirurgia.

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione ha trasmesso il report.

AS.6 Prevenzione delle cadute

La Regione non ha definito un piano per la prevenzione delle cadute.

AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione ha istituito un gruppo di esperti per l'analisi degli Eventi Sentinella.

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

Rispetto all'indicatore:

- "Numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici nell'anno 2013" la Regione dichiara che all'interno di ogni singola struttura pubblica è presente un punto di prenotazione;
- "Numero di prenotazioni effettuate nell'anno 2013" la Regione ha presentato una tabella con una rappresentazione delle prenotazioni CUP effettuate nell'anno 2013;
- "Misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate nell'anno 2013" la Regione ha presentato una tabella con una rappresentazione dello scarto tra prestazioni erogate e prenotate CUP effettuate nell'anno 2013;
- "Rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell'anno 2013" la Regione ha rappresentato in tabella la rilevazione degli abbandoni e disdette.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza = 1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 54/1268= 4,26%

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 98,37%

Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita sarà considerato non valido, pertanto sarà escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012: 97%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: 100%

Il codice 99 - non noto/non risulta sarà considerato non valido, pertanto sarà escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 197

Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,31.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione dichiara che nel corso del 2013 ha ottemperato agli adempimenti derivanti dalla pianificazione per l'avvio e l'allestimento della piattaforma tecnologica a supporto del Fascicolo Sanitario Elettronico. Dichiara inoltre che ha svolto azioni di supporto e impulso verso le aziende USL e verso tutti gli attori coinvolti nell'iniziativa tese alla definizione e al coordinamento delle operazioni per la realizzazione e l'implementazione dei moduli di integrazione informatica in argomento, per l'avvio del FSE della Regione Abruzzo. Il progetto rete di MMG, unico allestimento regionale in grado di acquisire le informazioni provenienti dalle AA.SS.LL, è dotato di tutte le funzionalità previste per il FSE, articolate per macrofunzioni (Funzione d'integrazione sistemi esterni, Controllo degli accessi, Sicurezza, Audit, Funzioni indicizzazione documenti, Funzioni di ricerca e recupero documenti, Funzioni di alimentazione, Funzioni di identificazione, Gestione referti di laboratorio).

Per quanto riguarda l'architettura tecnologica, la Regione dichiara di aver realizzato un modello a repository distribuito e registry centralizzato.

Da quanto rappresenta la Regione, il ruolo del FSE nel contesto dei sistemi informativi aziendali non è descritto.
Per quanto riguarda i servizi di accesso dell'assistito al FSE, la Regione dichiara che gli assistiti potranno accedere al proprio FSE attraverso un'interfaccia WEB ed apposite credenziali o TS-CNS.
La Regione, inoltre, dichiara che provvederà al collegamento, abilitazione all'accesso e all'alimentazione del FSE da parte dei MMG/PLS nonché delle strutture sanitarie al 2014.
Il sistema FSE Abruzzo è predisposto al funzionamento dei servizi a supporto dell'interoperabilità con le seguenti funzionalità: autorizzazione fornita dal paziente all'operatore che lo prende in carico ad accedere al FSE, disponibilità del FSE, ruolo e contesto operativo.
Inoltre, la Regione dichiara che è stata avviata l'integrazione dei vari LIS aziendali orientata alla realizzazione dei servizi per la refertazione in formato HL7_CDA e la codifica dei dati contenuti nei referti.
Infine, per quanto riguarda il profilo sanitario sintetico, prevede di attivare i servizi per la strutturazione del PSS e per la codifica dei dati in esso contenuti.
Nella relazione la Regione non ha fornito informazioni circa i seguenti punti:

- utenti attivi
- descrizione delle modalità del collegamento, abilitazione all'accesso e all'alimentazione del FSE da parte dei MMG/PLS; non sono dichiarati pertanto il numero di MMG/PLS attivi
- le tempistiche di realizzazione delle attività previste.

La Regione, pertanto, risulta adempiente con l'impegno a fornire le informazioni mancanti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

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 (Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010)

1.1-1.2 Il percorso istituzionale finalizzato all'autorizzazione e accreditamento dei Servizi trasfusionali e delle unità di raccolta è stato concluso parte a dicembre 2014 e parte a gennaio 2105.

1.3 In relazione al congelamento del plasma, la procedura avviata dalle Strutture Trasfusionali nel 2013 si è conclusa entro il 31 luglio 2014 per tutte le ASL, ad eccezione della ASL di Teramo che ha terminato la convalida delle procedure di congelamento il 15 ottobre 2014.

AAE. 2 Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali (Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011).

2.1 La Regione Abruzzo con DGR 891 del 2 dicembre 2013, siccome modificata con DGR 433 del 23 maggio 2014, ha istituito la Consulta Tecnica Permanente per il Sistema Trasfusionale Regionale.

2.2 A seguito dei ripetuti solleciti inviati dal Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute, soltanto nel 2014 le Aziende Sanitarie (salvo la ASL di Teramo che pur avendo istituito il COBUS nel 2012 si trova oggi nelle condizioni di doverlo ridefinire a causa delle defezioni di numerosi membri effettivi) hanno provveduto ad istituire ed attivare i Comitati ospedalieri per il buon uso del sangue e delle cellule staminali da sangue cordonale e dell'autotrasfusione previsti dall'art. 19 L. 219/2005 e dall'art. 86, comma 1 della L.R. 64/2012.
In considerazione di ciò, solo recentemente il Centro Regionale Sangue ha potuto avviare il monitoraggio sull'attività dei COBUS, i cui risultati saranno conseguentemente disponibili nella loro totalità soltanto nel 2015.

AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012)

3.1 Il Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale e il CRS, con il supporto del CNS e dell'Ufficio Formazione della AUSL di Pescara, ha organizzato un Corso di formazione regionale avanzato, dedicato ai requisiti ed alle procedure necessarie per l'autorizzazione e l'accreditamento delle ST e delle UdR. Il corso si è tenuto dal 27 al 30 gennaio 2014.

3.2 Con Decreto del Commissario ad Acta n. 96 del 28 novembre 2013 avente ad oggetto "Organizzazione e funzioni della rete trasfusionale regionale", nell'ambito del processo di riordino della rete trasfusionale regionale è stata istituita l'Officina Trasfusionale Regionale; presso la predetta Officina verranno concentrate tutte le attività di produzione e qualificazione biologica della Regione Abruzzo.

AAE.4 Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) (Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013)

4.1 La Regione ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013.

aaf) Percorso nascita

INADEMPIENTE

In via preliminare, si segnala che in sede di valutazione 2012 la Regione Abruzzo era stata considerata adempiente con impegno ad inviare il cronoprogramma relativo sia alla "Riorganizzazione dei punti nascita regione Abruzzo" che ridefiniva l'assetto dei Punti nascita che all'attivazione di STAM/STEN, secondo quanto previsto dall'Accordo del 16/12/2010.

Tale ridefinizione è stata approvata con decreto del Commissario ad Acta dell'11 Febbraio 2015 che contiene, quale allegato tecnico, "Riorganizzazione dei punti nascita". Il suddetto decreto demanda ai Direttori generali delle aziende sanitarie l'adozione di tutti gli atti relativi alla riorganizzazione del percorso nascita così come definito nel documento tecnico e invita i suddetti a definire e trasmettere entro 60 giorni dalla comunicazione del provvedimento il cronoprogramma relativo all'adeguamento strutturale dei PN.

Quanto sopra rappresentato evidenzia il notevole ritardo della Regione Abruzzo nel procedere alla riorganizzazione dei PN, che appare altresì ulteriormente rimandata a date indefinite, in quanto il decreto, datato 2015, non riporta alcun cronoprogramma. Inoltre, la disamina delle tabelle relative agli standard e requisiti dei 4 PN con meno di 500 parti/anno (Penne, Atri, Sulmona, Ortona), evidenzia numerose e critiche carenze rispetto agli standard organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dall'Accordo del 2010, che pongono seri interrogativi sul livello di sicurezza per la madre ed il neonato di tali UUOO e impongono alla Regione di attivarsi immediatamente per la risoluzione di tutte le problematiche.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE

La Regione ha ridefinito l'assetto del sistema di Emergenza/Urgenza adottando provvedimenti formali relativi sia alla componente ospedaliera che a quella territoriale.

L'attuale assetto della rete dell'Emergenza ospedaliera, articolata su 4 ASL, è costituito da un totale di 4 DEA con funzioni di Hub, 16 presidi sede di PS, 2 PS presenti nei PTA (ex ospedali riconvertiti di Tagliacozzo e Guardiagrele), 3 PPI ospedalieri.

A livello territoriale sono presenti 4 Centrali Operativa 118 ma è allo studio la sperimentazione di una unica centrale operativa regionale. E' stato ridefinito il numero delle postazioni territoriali che sono state rimodulate sulla base della metodologia indicata da Agenas. Il servizio di elisoccorso è attivo con due basi. La funzione di coordinamento operativo è garantita dal coordinamento regionale di emergenza urgenza che garantisce l'integrazione dei processi, delle risorse e delle procedure nell'ambito delle strutture di emergenza.

Nell'anno 2013, per favorire l'integrazione tra ospedale e territorio, è stato realizzato un progetto di collegamento informatico, mediante una piattaforma unica informativa e tecnologica, tra le CO 118 e la Continuità assistenziale. Per quanto riguarda la Continuità assistenziale, è stato avviato il processo per l'istituzione del numero unico regionale per le chiamate di guardia medica e la realizzazione delle relative centrali.

E' stato trasmesso il documento formale di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013.
In riferimento alle reti ad alta complessità tempo dipendenti, la Regione ha fornito i riferimenti degli atti formali che hanno istituito la rete ictus, cardiologica e trauma; la relazione sull'attività di monitoraggio non è stata fornita in quanto è ancora in corso la verifica dei criteri organizzativi delle strutture relativi ai percorsi delle suddette reti.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 95,06%
Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con ASL e comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 99,68%
Esito: Adempiente

Numero accessi in PS per 1000 residenti: 394,85

Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:

N. Accessi EMUR PS per triage all'accesso
B 28.861 V 288.125 G 164.097 R 7.166 N 47 X 29.950 Totale 518.246

N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso
B 41.187 V 287.403 G 122.198 R 4.504 N 140 N.A. 62.814 Totale 518.246

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 99,57% Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/ totale record campi data-ora: 100,00%
Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/ totale record campi data-ora: 100,00%
Esito: Adempiente.

AAG.3

INADEMPIENTE

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 23 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21).

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

Il processo di riorganizzazione/riqualificazione dell'assistenza Primaria cui è impegnata la Regione Abruzzo ha visto sia la trasformazione dell'organizzazione di un congruo numero di Nuclei di Cure Primarie (NCP), che passano dall'associazione in rete all'associazione di gruppo, che la creazione in via sperimentale di aggregazioni complesse per le quali è prevista la partecipazione di Medici di Medicina Generale (MMG), Medici di Continuità Assistenziale (MCA), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Specialisti Ambulatoriali (MSA). Per tali forme associative le ASL forniscono, se disponibile, personale (infermieristico ed amministrativo), struttura, informatizzazione, strumentazione per diagnostica di base ad uso medico.

Attualmente sono stati attivati 85 NCP dei quali 52 in rete, riconducibili alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e 33 di gruppo, che si differenziano dagli altri per l'utilizzo di una sede unica da parte dei medici che li costituiscono (MMG o PLS).
Relativamente ai modelli organizzativi complessi delle Cure Primarie, sono stati avviati n. 4 Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) h24 già configurati con la deliberazione Commissariale n. 45/2010 e che rispondono al modello strutturale e organizzativo delle Unità Complesse di Cure primarie (UCCP) previste dalla Legge 189/2012 (decreto Balduzzi).
La Regione rimanda l'opportuno consolidamento dell'organizzazione territoriale così delineata alla imminente sigla dei nuovi Accordi Collettivi Nazionali e Regionali della medicina convenzionata.
La Regione fornisce la relazione sulle azioni individuate e poste in essere in merito alla riorganizzazione delle Cure Primarie, dalla quale emerge l'aumento del numero dei Nuclei di Cure Primarie (NCP), divenuti complessivamente 85, e dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), divenuti 4.
Entrambi i modelli sono riconducibili a quelli previsti dal citato decreto Balduzzi, ovvero AFT e UCCP, ma non sono ancora stati adottati gli atti formali di programmazione relativi alla relativa istituzione per i quali si rimane in attesa.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE
La Regione Abruzzo risultava per l'anno 2012 adempiente con impegno, in quanto si rilevava la mancata attivazione del Gruppo regionale tecnico per la rete di riabilitazione, previsto dal Piano di indirizzo per la riabilitazione (art.2 Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011) e istituito con il DCA 58/2012. Al riguardo la Regione ha inviato la determina dirigenziale DG18/05 del 03/06/2014, che individua i Componenti del Gruppo di lavoro tecnico per la rete della riabilitazione, e una nota in cui dichiara che il Gruppo sta procedendo alla stesura delle Linee guida regionali attuative del Piano d'indirizzo della Riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10/02/2011.
Pertanto, si può ritenere superato l'impegno per il 2012.
Per l'anno 2013 l'indicatore di inappropriatezza clinica presenta una posizione positiva con percentuale al di sotto del valore medio nazionale e registra un trend positivo nel triennio 2011-2012-2013, mentre per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza presenta una posizione negativa rispetto al valore Italia e una leggera variazione negativa nel triennio 2011-2012-2013 (vedi tabella allegata).

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 dovuto ad un livello di attività insoddisfacente per le profilassi di eradicazione per TBC e BRC oltre che per il controllo dell'anagrafe ovicaprina, la percentuale dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione e per la ricerca dei residui fitosanitari.
Per i flussi informativi veterinari ha conseguito un buon livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione, raggiungendo un punteggio pari al 91% con sufficienza per 4 indicatori vincolanti su 6. In proposito si segnala un livello insufficiente sia per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili che per la rendicontazione dell'attività sulla Scrapie, utili al cofinanziamento comunitario (vedi tabelle allegate).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Stante quanto risulta dal valore assunto dall'indicatore calcolato dalla Regione "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini", le strutture che hanno attivato servizi di refertazione digitale costituiscono il 72,34% delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

ADEMPIENTE

La Regione Abruzzo 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 degli ultimi quattro anni. Nonostante i risultati ottenuti, la Regione ha ancora importanti margini di miglioramento nella regolazione della propria spesa farmaceutica rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 14,85% del FSR (somma dei tetti della spesa farmaceutica territoriale e della spesa farmaceutica ospedaliera in corrispondenza rispettivamente del 11,35% e del 3,5%), evidenziando sia il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale (12,48% al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci") che il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera (4,59%).

La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica allegata al Questionario.

La progressiva riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale è dovuta alle numerose deliberazioni emanate dalla regione Abruzzo in materia di contenimento della stessa nel triennio precedente e all'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanità.

Le iniziative che maggiormente hanno influito sul contenimento della spesa sono state l'individuazione delle classi terapeutiche maggiormente incidenti sulla spesa farmaceutica convenzionata, 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.

Nel corso del 2013 l'unica azione intrapresa dalla Regione Abruzzo ha riguardato la prescrizione di farmaci equivalenti, con il monitoraggio di categorie terapeutiche individuate sulla base del volume delle prescrizioni nel periodo gen-nov 2012, ed una riduzione della spesa lorda di soli 0,67 mln di €.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la regione Abruzzo, nonostante non sia possibile stimare gli effetti economici dei decreti emanati, in maggior parte con effetti organizzativi dell'assistenza ospedaliera, evidenzia nel corso del 2013 una riduzione, seppur minima, dell'incidenza della spesa sul FSR.

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 2013 – senza però trasmetterlo all'AIFA.

Infine, la regione Abruzzo 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 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

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

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 91% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.
Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 98% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 91% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione Abruzzo ha trasmesso il decreto commissariale 49/2012 recante "Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende USL", che recepisce gli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art.12 comma 1 lettera b) del Patto per la salute 2010-2012, approvati in sede di Comitato Lea il 26 marzo 2012. Inoltre la Regione, ad integrazione, ha inviato il decreto del Commissario ad acta 97/2013 con cui l'azienda di Pescara esprime la conformità agli standard individuati dal Comitato Lea.
La regione Abruzzo dichiara un numero di strutture complesse previste pari a 601, di cui 427 ospedaliere e 174 non ospedaliere, e un numero di strutture semplici pari a 740.
Dai dati del Conto Annuale si evidenzia che la Regione non ha raggiunto la copertura totale del flusso informativo Tab.1G per l'anno 2013. Tale carenza determina una sottostima del numero regionale di strutture semplici e complesse, previste ed assegnate, e non permette di effettuare, ai fini della verifica dell'adempimento, un confronto con il numero di strutture regionali da standard per l'anno 2013.
Si informa la Regione che il numero delle strutture complesse da standard, elaborato in base ai posti letto ospedalieri pubblici (3.749 pl) attivi al 1° gennaio 2013 è pari a 357 e il numero di strutture semplici, elaborato in riferimento alla popolazione residente (1.312.507 ab.), è pari a 468.
Infine, la Regione ha inviato il decreto del Commissario ad acta 78/2014 che recepisce l'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013.
La Regione viene considerata adempiente con impegno a procedere alla riduzione delle unità operative in eccesso e a inviare i dati per la copertura totale del flusso informativo.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE
La Regione dichiara di aver recepito il Piano nazionale per la malattia diabetica con DGR 609 del 19 agosto 2013 recante "Recepimento dell'Accordo ai sensi dell'art. 4 del D.lgs 28 agosto 1997 n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: Piano per la malattia diabetica".

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	RISPOSTA	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**98,65%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	

8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**100,00%**	**2**	**2,0**	
9	RIA 11	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	**100,00%**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**97,51%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
14	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%	**100,00%**	**2**	**6,0**	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (DM 135 del 8.7.2010)	0,5	percentuale campi compilati (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	< 90%	>= 90%	**91,90%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**50,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	PUNTEGGIO	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**97,32%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	

4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**1,67**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**1,65**	**2**	**4,0**	

6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**1,79**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**1,76**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**-**	**1**	**1,0**	

9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**2,00**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**1,79**	**2**	**1,0**	

11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,82**	**0**	**0,0**	Le strutture extraospedaliere della Regione che non hanno risposto a tutte le segnalazioni riscontrate nel report anomalie del portale NSIS è pari al 9,1% delle strutture per le quali è atteso il modello STS21.
12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,85**	**0**	**0,0**	Le strutture extraospedaliere della Regione che non hanno risposto a tutte le segnalazioni riscontrate nel report anomalie del portale NSIS è pari al 7,5% delle strutture per le quali è atteso il modello STS24.

13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**2,00**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,035%**	**1**	**3,0**	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**90,87%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**39,0**	**INSUFFICIENTE**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**50,0 - ADEMPIENTE**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**0**	**39,0 - INSUFFICIENTE** **Due flussi con peso maggiore di uno sono stati valutati insufficienti.**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**peso**	**risultato**	**risultato*peso**	**Note**
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**0**	**0**	
						4	**INADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	
208	Malattie delle vie biliari senza CC	
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	

229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	
377	Diagnosi relative a postparto e post aborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	

395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (Contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	29%	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	**71,3%**	7,5
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/ (numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80% Riferimenti: Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	**89,2%**	15

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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	Non è stata fornita la scheda sui round ripetuti	0
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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore **"**Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 42,7% Anno2012: 38,4% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 51,81%	0
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 5,9% Anno2012: 6,2% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 3,8%	0

U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	Definizione PASSI: Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati Definizione Istat: Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 31,7% Anno 2102: 32,5% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 43,6%	0
U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	4,4%	0
U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 56,1%	0
U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 54,1%	0

U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 62,6%	0
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**52,5**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	9,3	14,7	9,3	13,5	7,0	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	9,3	10,2	9,2	10,5	8,2	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	8,5	9,3	8,9	9,1	8,1	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	≥ 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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	≥ 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	≥99,7%	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	**<95%**
4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	**≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma**	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	**attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie**	attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte
7	**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**	**>= 98%**	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%
8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	<160 e ≥120	**<120 e ≥50**	< 50

9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	**≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre**	< 70% in almeno 2 categorie
10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 51/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Num. indicatore	Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità					
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	*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**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.Lgs 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	6	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	**2**	**12**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	
5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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***	**2**	**8**	
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	4	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***	**2**	**8**	

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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (8% pari a 877 controlli su 11629)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	***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 [vedere annotazione]	*< 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"***	**1**	**6**	

9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	***<85% di bovini morti testati per BSE (84,35%)***	*≥ 85% di bovini morti testati per BSE*	**1**	**3**	
10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	
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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	*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 i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	***non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea (n° animali errato)***	*corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea*	**1**	**4**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	
13	**CONTROLLO SANITARIO DELLE POPOLAZIONI SUINE - anagrafe:** D.lgs 26/10/2010 n. 200 che stabilisce modalità di identificazione e registrazione suini; **malattia di Aujeszky:** D.M. 1-4-1997 e DM 30 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*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, D.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	***< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report (0,60%)***	*≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	**2**	**12**	
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	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	***validazione effettuata entro la scadenza prevista***	**2**	**8**	

16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, 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 annotazione]	*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***	**2**	**10**	
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	*< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati*	***≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati***	**2**	**10**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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 annotazione]	*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*	**2**	**12**	
19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	*arrivo dei dati oltre il termine*	***arrivo dei dati entro il termine***	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	***≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale***	**2**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2013 *è stato basato su un riconoscimento condizionato*	***almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	*meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	***almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04***	**2**	**8**	
21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	*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 2013 [vedere annotazione]	*tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013*	***tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013***	**2**	**10**	

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"	6	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 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	***allegato 3 inviato, corretto e completo***	**2**	**12**	
	TOTALE	**100**								**182**	

SUFFICIENTE punteggio pari al 91% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha garantito sia l'invio dei dati al NSIS sia la qualità richiesta dal punto in oggetto, sia relativamente alla verifica di qualità del modello CE-LA che CE-SP, nonché l'invio degli allegati 5 e 6 del modello LA e la relativa riconduzione ai livelli di assistenza.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione Basilicata per l'anno 2012 era risultata adempiente con impegno a risolvere le criticità sui flussi informativi STS21 (assistenza specialistica territoriale) e sui nuovi campi della SDO (DM 135 del 8/07/2010). Per i suddetti flussi non risultano presenti criticità per l'anno 2013.
La copertura e la qualità dei dati risultano buone (vedi tabelle allegate).
Si chiede alla Regione di dare riscontro all'Ufficio competente in riferimento alle segnalazioni di incongruenze nei dati del flusso informativo T1Cbis (personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private) riguardo la verifica sulla qualità dei dati.
Le eventuali correzioni dei dati errati dovranno essere completate attraverso il SICO.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Basilicata con un punteggio pari a 146 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente con impegno". Si segnalano delle criticità per gli indicatori: 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni), 6.3 Contaminanti negli alimenti di origine vegetale - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti; 9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti; 9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti, 21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (criticità già rilevate nel 2012 per i suddetti indicatori), 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), 6.1 Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati, 10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti, 14 Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti e 18 Percentuale parti cesarei primari.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla Base Dati nazionale risulta che, a gennaio 2014, la Regione Basilicata ha una dotazione di 1.989 posti letto, pari a 3,44 per 1.000 abitanti, di cui 2,86 per pazienti acuti (1.654 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 all'ASL di Potenza ASP) e HSP.13. La Regione deve superare le criticità presenti in base dati nazionale.
In relazione alla tematica inerente l'offerta dei posti letto regionali, la Regione non ha trasmesso documentazione, in quanto già in linea con il disposto normativo in questione.

F.2

ADEMPIENTE

La Base Dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2011-2012-2013) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 167,17 nel 2011, di 150,47 nel 2012 e di 141,56 nel 2013.

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 7,6 (32,6%) nel 2011, 2,8 nel 2012 (27,8%) e 0,19 nel 2013 (25,19%).

In riferimento alla tematica in questione, la Regione non ha trasmesso documentazione.

Vista la progressiva contrazione dei valori osservati nel triennio di riferimento, considerato che il tasso totale è ricompreso nello standard e che l'entità dello scostamento dal valore limite per la quota di ospedalizzazione in regime diurno è di alcuni centesimi, si valuta positivamente.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La Regione con una percentuale pari al 7% di DRG critici inferiore al valore mediano (10%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza.

Si segnalano criticità per i DRG 047, 208, 249, 270, 282, 294, 332, 352, 409, 563, 564 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

La Regione ha svolto il monitoraggio ex post nel corso dell'anno 2013. Dai dati pervenuti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) risulta che la valorizzazione dei campi soddisfa la soglia prevista eccetto per il campo "Struttura sanitaria erogatrice".

H.1.2 La copertura dei campi ha permesso di calcolare gli indicatori vincolanti per l'adempienza.

E' stato comunque necessario scaricare dal sito Web della Regione la tabella "Basilicata tariffario regionale al 30.09.2013" dal quale emerge la transcodifica per le 4 discipline in oggetto.

Di seguito si riportano i codici di transcodifica ricavati dalla suddetta tabella:

1) Visita Oculistica
codice nomenclatore 95.02 = 1002691 e 1002785
codice nomenclatore 89.01 = 1002921 e 1003281

2) Mammografia
codice nomenclatore 87.37.1 = 1000403
codice nomenclatore 87.37.2 = 1000404

3) TAC Torace senza e con contrasto
codice nomenclatore 87.41 e 87.41.1 = 1000407-1000408-1001971-1001972-1001973-1001974-1001975-1001976-1001977-1001978-1001979-1001980-1001981-1001982-1001983-1001984

4) Ecodoppler dei tronchi sovraortici
Codice nomenclatore 88.73.5 = 1000509

Indagando specificamente le 4 prestazioni, ai fini del calcolo degli indicatori, risulta che non viene raggiunta la soglia prevista.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto il monitoraggio ex ante nel corso dell'anno 2013. I dati pervenuti riguardano la rilevazione di aprile e di ottobre 2013. Le soglie di garanzia risultano essere sodisfatte.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero
Dai dati pervenuti risulta che sono state soddisfatte le percentuali sia per il campo Data Prenotazione che per il campo Classe di priorità.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni
H.4.2 La Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni e 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.

H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa.
La Regione con nota prot. 91665/130B del 09/06/2013 dichiara che sui siti web aziendali sono reperibili le informazioni sui tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni.

In relazione alla criticità relativa al monitoraggio ex post, come convenuto nella riunione del Comitato Lea del 17 dicembre 2014, è stato chiesto alla Regione di trasmettere le tabelle di transcodifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, laddove il codice della prestazione sia diverso dal codice nazionale del nomenclatore di specialistica ambulatoriale, nonché le tabelle di transcodifica delle strutture sanitarie, laddove la codifica delle stesse sia diversa dalla codifica di riferimento di cui al modello STS11, in modo da consentire la rielaborazione dei dati necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa.

La Regione ha trasmesso nel mese di gennaio 2015 le tabelle di transcodifica richieste. Dopo valutazione e analisi dei dati pervenuti dal competente ufficio della DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, la Regione viene considerata adempiente.

<u>I) Controllo spesa farmaceutica</u>

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA
La Regione Basilicata ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 116,8 milioni di euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 11,35% del Fabbisogno Sanitario Regionale dello -0,05% (-0,46 milioni di euro). La spesa ospedaliera, come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 45,1 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del Fabbisogno Sanitario Regionale dello 0,87% (9 milioni di euro).
La Regione Basilicata evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 8,5 milioni di euro.
La Regione, pur rispettando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, evidenzia il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.
Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.
Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.
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 2013.

Regione: BASILICATA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	83.321.936	8,07%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	1.479.489	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	1.703.883	0,16%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	1.583.851	0,15%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	32.850.847	3,18%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	14.139.075	1,37%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	5.366.935	0,52%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	8.772.140	0,85%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	116.772.495	11,30%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	1.032.940.883	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	117.238.790	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-466.295	-0,05%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**116.772.495**	**11,30%**
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	81.264.341	7,87%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	6.102.349	0,59%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	753.655	0,07%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	182.888	0,0177%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	433.657	0,04%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	40.940.945	3,96%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	1.032.940.883	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	36.152.931	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	504.000	0,05%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	0	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	2.394.007	0,23%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**45.153.287**	**4,37%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	9.000.356	0,87%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato che sta attivando un sistema di data warehouse al fine di assicurare l'integrazione dei diversi sistemi aziendali nelle more che la gara unica sul sistema informativo contabile sia espletata, visto che il termine previsto è il 2016.

Relativamente, invece, agli obiettivi B1 "Utilizzo della Co.An. per la compilazione del modello LA" e B2 "Capacità di quantificare attività territoriale svolta in ospedali e, in generale, fenomeni di comunanza di costi fra livelli diversi" per i quali la Regione ha dichiarato di non aver verificato quanto dichiarato dalle proprie aziende, la Regione chiarisce che concluderà le verifiche di natura quantitativa sulla capacità delle aziende di quantificare l'attività territoriale svolta dagli ospedali,

nonché i fenomeni di comunanza tra livelli diversi anche in ragione della corretta implementazione del data warehouse.
Da quanto dichiarato e visto che le aziende hanno deciso di attivare il sistema di data warehouse predetto al fine di rispettare la tempistica e gli obiettivi di cui alla DGR 677/13, si ritiene la Regione adempiente.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione cita la DGR 2563/05 che prevede, ai fini della confermabilità, il rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Tale previsione è stata riportata nei contratti sottoscritti nell'anno 2012 e già allegati al Questionario 2012.
Non sono stati sottoscritti nuovi contratti nel corso del 2013.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, 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.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 76% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1–S.2

ADEMPIENTE
Il punteggio totale riportato dalla Regione è di 18 punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale dell'anziano non autosufficiente in cure domiciliari: 1 punto
Offerta assistenziale: 9 punti
Ripartizione degli oneri: 8 punti.

S.3

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.
Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 80%
Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 46,45%
Esito: Adempiente con impegno ad alimentare le PIC attivate con i dati di attività in modo che il rapporto atteso sia pari a 100%.

Tasso di accessi standardizzato per età (1000 abitanti) : 3,63

Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1
N. Pic erogate 571 Tasso di prese in carico 0,99
CIA Livello 2
N. Pic erogate 591 Tasso di prese in carico 1,03

CIA Livello 3

N. Pic erogate 188 Tasso di prese in carico 0,33

CIA Livello 4

N. Pic erogate 770 Tasso di prese in carico 1,34

Totale PIC erogate 2120

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 2

Esito: Adempiente

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 160,36%

Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 1,24

Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		TOTALE ASSISTITI(*)
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
34	0,06	340	0,59	183	0,32	173	0,30	**712**	**1,27**	2	0,00	0	0,00	2	0,00	**713**

(*) Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione.

La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbe non corrispondere con il valore in Totale assistiti; infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

A partire dal 12 febbraio 2013, la Regione applica le disposizioni della 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) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Basilicata risulta pari a 92,5 ovvero superiore al valore soglia fissato per l'adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

La regione Basilicata ha fornito le informazioni richieste nel Questionario. Per quanto concerne la programmazione formativa del personale sanitario, la Regione con DGR 1478/2014 ha approvato il Piano per la formazione continua in sanità 2013/2015, individuando gli obiettivi formativi di interesse regionale e le aree strategiche di riferimento per la programmazione formativa aziendale.

Inoltre, la Regione, con nota prot. 206941/13 AD del 5/12/2014, ha dichiarato che per l'anno 2013 ha fornito alle aziende sanitarie regionali le opportune indicazioni per programmare le attività formative rivolte al personale sanitario sulla base degli obiettivi individuati dal provvedimento di cui sopra.

Con DGR 795/2014 ha approvato il Manuale di accreditamento dei provider regionali, di cui si prende atto, e con la determinazione Dirigenziale n. 7202.2013/D.00338 del 18/07/2013 ha costituito l'Osservatorio Regionale per la Formazione Continua ECM al fine di garantire lo sviluppo della qualità della formazione.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE

La Regione nel corso dell'anno 2013 ha individuato i seguenti PDTA:

- Scompenso cardiaco (DGR 978 del 06/08/2013)
- Sindromi acute del miocardio (DGR 190/2013)
- Malattie neuromuscolari (DGR 463/2012)
- Epatite C (DGR 399/2013)
- Diabete (DGR 53/2013).

I PDTA individuati nei precedenti anni erano:

- il PDTA per la Terapia anticoagulante (DGR 1242/2011);
- il PDTA IMA (DGR 175/2011 e DGR 1597/2012);
- la rete ictus (DGR 1555/2011).

La Regione dichiara che l'Ufficio Pianificazione Sanitaria e Verifica degli Obiettivi del Dipartimento Salute svolge le attività di monitoraggio secondo il programma di valutazione stabilito nelle specifiche delibere tramite gli indicatori individuati nei singoli PDTA: per tale attività vengono esaminate le informazioni rilevabili dai flussi informativi esistenti o creati ad hoc.

L'Ufficio Pianificazione Sanitaria e Verifica degli Obiettivi del Dipartimento Salute è coadiuvato, in parte, da altri uffici del Dipartimento Politiche della Persona.

Si suggerisce alla Regione di individuare altri PDTA presenti nell'elenco del Q13 che sono rappresentativi di una assistenza di qualità verso popolazioni cosiddette fragili nell'ambito oncologico e pediatrico.

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 specifica che ha istituito appositi capitoli di spesa - Fondi Regionali Liberi - spesa corrente operativa, e che per l'anno 2013 è stata iscritta in bilancio la somma complessiva di €6.300.000.

Viene trasmessa la DGR 1432 del 5/11/2013, recante "Prestazioni extra LEA – Assegnazione quote alle Aziende sanitarie o ospedaliere per l'anno 2013" con la quale vengono individuate le tipologie di prestazioni aggiuntive (extra LEA) erogate ai cittadini residenti nella Regione.

Dal modello LA - allegato 5 risulta l'erogazione per il 2013 di prestazioni ulteriori per un totale di €6.300.000 (somma conforme a quanto indicato nel provvedimento ricognitivo).

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione Basilicata ha concluso l'iter per la concessione dell'accreditamento istituzionale entro il 31 dicembre 2012, ha recepito l'Intesa del 20 dicembre 2012 con DGR 697 del 11/06/2013 ed ha avviato una serie di azioni propedeutiche all'adeguamento ai contenuti dell'Intesa, riservandosi di adempiere secondo tempistica da definire.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La regione Basilicata ha compilato la scheda delle sperimentazioni ed innovazioni gestionali in tutte le sue parti. Come già dichiarato nell'anno di verifica 2012, la sperimentazione gestionale "Stella Maris Mediterraneo Onlus" è stata posta in liquidazione dall'art. 14 della L.R. n. 7 del 16.04.2013. Nel corso del 2012 la Regione aveva riportato quanto stabilito dall'articolo, ovvero che modalità e tempi devono essere disciplinati da successiva deliberazione regionale, mentre nel Q13 aggiunge che "*per dare attuazione al progetto sanitario approvato con la DGR n. 920 del 19.5.2009, è stata coinvolta direttamente la Fondazione Stella Maris IRCCS di Calambrone (PI). Con apposita deliberazione alla presente allegata, sono stati approvati:*

- schema di protocollo d'intesa per regolare i rapporti tra la regione Basilicata e la Fondazione Stella Maris IRCCS di Calambrone;

-indirizzi perché le Aziende Sanitarie di Potenza – ASP e di Matera –ASM possano stipulare accordi e protocolli operativi con la Fondazione Stella Maris IRCCS di Calambrone".

Al riguardo la Regione ha indicato ed allegato la DGR n. 691 del 10.06.2014 avente ad oggetto "Approvazione del Protocollo d'intesa tra la Regione Basilicata e la Fondazione Stella Maris IRCCS di Calambrone (PI) per l'attuazione della sperimentazione gestionale – Direttive alle aziende sanitarie di Potenza – Asp e di Matera – ASM".

Con riferimento alla Convenzione tra Regione Basilicata, AOR San Carlo di Potenza e IRCCS Bambino Gesù, la Regione ha dichiarato che la convenzione è in tuttora in atto. Si prende atto di quanto trasmesso.

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

ADEMPIENTE CON PRESCRIZIONE

La regione Basilicata ha compilato il Questionario in tutte le sue parti. La Regione, nel corso della verifica dell'anno 2012, si era impegnata nell'attuare la rimodulazione della rete laboratoristica, considerata la riduzione del numero delle prestazioni avvenuta nel corso degli anni; la documentazione trasmessa non consente di valutare la coerenza con l'impegno assunto dalla Regione poiché fa riferimento ad un periodo antecedente a quello dell'ultima verifica effettuata per l'anno 2012.

In merito al service di laboratorio aveva già indicato ed allegato la normativa. Con riferimento alla medicina di laboratorio ha risposto a tutti i quesiti.

La Regione, in data 15 gennaio 2015, ha trasmesso la legge per la riorganizzazione della rete laboratoristica, approvata l'11 gennaio 2015. La legge appare eccessivamente generica e difforme da una bozza precedentemente valutata positivamente.

Nella sostanza in quest'ultimo documento:

- non è chiaro lo sviluppo temporale, poiché in alcune parti si parla del 2015 come anno di avvio della riorganizzazione mentre in altre viene scritto "*fermo restando che il processo di riorganizzazione dovrà essere avviato a partire dal 01.01.2016 e terminare il 31.12.2016*";
- non è specificato se gli interventi si riferiscono alla rete pubblica e/o privata;
- la formulazione non consente di identificare i risultati attesi dalla disposizione.

Tutto ciò premesso, si rimanda al Comitato LEA la decisione finale.

In sede di riunione del 29 gennaio 2015, il Comitato Lea ritiene di considerare la Regione adempiente con prescrizione ad emanare entro il 30 giugno 2015 un atto amministrativo applicativo della suddetta Legge, che indichi in maniera precisa il percorso da effettuarsi ai fini della riorganizzazione e le relative scadenze.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La Regione Basilicata ha fornito il report relativo all'attività di controllo delle cartelle cliniche riportando la metodologia adottata e le risultanza del processo di controllo.

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 8.899 controlli, pari al 11,3% del totale, e per le strutture private 2.212 controlli, pari al 90% del totale delle cartelle cliniche.

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 4.072 controlli, pari al 5,26% del totale, mentre per le strutture private 704 controlli, pari al 28% circa.

Riguardo le misure adottate per le strutture pubbliche viene riportata nel report una breve sintesi descrittiva delle risultanze del monitoraggio. Nello specifico gli effetti economici dei controlli si rilevano solo per l'ospedale di Tricarico mentre per le altre strutture pubbliche la Regione fa riferimento a "modifiche organizzative interne ed implementazione dei percorsi".

Per quanto riguarda le strutture private, nella Tabella 1 sono riportati gli abbattimenti tariffari adottati nei confronti della clinica Luccioni, mentre nella Tabella 2, nonostante la presenza di cartelle cliniche non confermate, il dato sull'abbattimento tariffario non viene riportato. La Regione Basilicata fornisce tuttavia i chiarimenti richiesti in merito.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato la documentazione necessaria per la verifica dell'adempimento in oggetto. La spesa protesica dichiarata dalla Regione presenta una differenza minima con quanto risulta dal modello LA. Alla luce del notevole miglioramento della contabilizzazione della spesa in oggetto la Regione viene considerata adempiente.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

Si valutano positivamente le iniziative regionali adottate in tema di istituzione e sviluppo della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore e comunicazione ai cittadini, nonché la buona qualità degli indicatori relativi alla verifica del raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi e strutturali.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di completezza per ASL

disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento: SI

Esito: Adempiente

N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 4/4

La Regione ha trasmesso la tabella di transcodifica dei codici attualmente utilizzati per le strutture hospice attese/invianti e dichiara che provvederà all'aggiornamento delle codifiche sia nell'anagrafica SIS, sia nel flusso Hospice.

Esito: Adempiente.

AO.3

ADEMPIENTE

La Regione risulta avere ottemperato agli adempimenti evidenziati nella Tabella relativa al percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Nell'anno 2012 la Regione risultava adempiente con impegno ad integrare il protocollo sottoscritto tra 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 DSM 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. La Regione non ha inviato alcuna integrazione relativamente al protocollo. Per quanto sopra esposto, l'impegno non può ritenersi superato.

Per quanto riguarda l'anno 2013, si rappresenta quanto segue.

Gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl sembrerebbero aver consentito nel 2013 la dimissione di 1 dei 2 internati in OPG per i quali è stata disposta la proroga della misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno. La Regione non fornisce la relazione richiesta sulle dimissione dei pazienti dagli OPG e la loro presa in carico da parte della ASL

La Regione non ha integrato il protocollo, così come richiesto, per individuare strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali (ad esempio invio in CT - Comunità Terapeutica) dei minori accolti dai Centri di Prima Accoglienza (CPA). Il protocollo adottato disciplina i rapporti e gli impegni delle parti sulla materia.

La Regione non ha attivato all'interno di almeno uno degli Istituti penitenziari, una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale; i locali sono stati individuati e la Regione è in attesa che vengano effettuati i lavori di ristrutturazione da parte dell'amministrazione penitenziaria.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha effettuato il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni, compilando la relativa tabella del Questionario dalla quale emerge che sono rispettati i requisiti richiesti, avendo implementato 9 Raccomandazioni su 15 con una percentuale di aziende superiore al 75%.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la relativa Tabella dalla quale emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono il 75%, superando in tal modo il valore di riferimento del 60%.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione dichiara di non aver adottato formalmente uno specifico piano di formazione; anche se nell'ambito dei programmi aziendali annuali di risk management tutte le aziende hanno programmato ed attuato attività formative specifiche non ne viene dato riscontro.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Check list di chirurgia; dall'indagine è emerso che tutte le 48 UO chirurgiche regionali utilizzano la Check list di chirurgia.

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali.

La Regione non ha prodotto il report.

AS.6 Prevenzione delle cadute.
La Regione non ha definito un piano per la prevenzione delle cadute, anche se viene dichiarato che è presente in tutti i piani aziendali di risk management e che le aziende hanno messo in campo le azioni programmate.
AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES.
La Regione con una Delibera del 2011 ha istituito un gruppo di esperti per l'analisi degli Eventi Sentinella, tuttavia dichiara di non aver attivato un sistema di monitoraggio con indicatori e standard per la valutazione dei piani di miglioramento.
La Regione risulta adempiente relativamente ai criteri valutativi; si rimane in attesa delle informazioni mancanti.

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Rispetto all'indicatore:

- "Numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici nell'anno 2013" la Regione dichiara che sono presenti 723 postazioni abilitate alla prenotazione/accettazione nelle aziende sanitarie ed ospedaliere delle strutture erogatrici;
- "Numero di prenotazioni effettuate nell'anno 2013" la Regione dichiara 9.123.665;
- "Misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate nell'anno 2013" la Regione dichiara 202.083;
- "Rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell'anno 2013" la Regione dichiara che il sistema informativo sanitario regionale consente di rilevare il dato, che non è valorizzato dagli operatori. A tal proposito la Regione dichiara che tale informazione di recente è stata resa obbligatoria.

La Regione risulta adempiente con l'impegno a fornire il suddetto dato mancante.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 103/ 530 =19,43%

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 100%
Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.
Esito: Adempiente

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012: 101%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: 100%

Il codice 99 non noto/non risulta è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 140
Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,35

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso una relazione in cui descrive in modo puntuale le attività poste in essere per la realizzazione del FSE.

La Regione dichiara che allo stato attuale il proprio FSE è sprovvisto di servizi all'assistito e mancante dei servizi per la gestione del Profilo Sanitario Sintetico, chiarendo che con l'attuazione del Piano di Progetto per la realizzazione del FSE sarà garantito l'accesso al proprio FSE all'assistito attraverso il portale unico e sistemi di strong authentication e l'attivazione di un sistema di gestione del PSS conforme al DPCM, al relativo disciplinare tecnico e alla linee guida per la presentazione dei Piani di Progetto. La Regione dichiara inoltre che attualmente non sono attivi servizi a supporto dell'interoperabilità del FSE, rimandando per la realizzazione degli stessi all'attuazione del Piano di Progetto.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

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 (Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010).

1.1 - 1.2 La Regione con nota prot. 207068/13A2 dichiara di aver programmato le visite di verifica, da concludersi entro il 2014.

1.3 La Regione conferma che sono state convalidate le procedure di congelamento del plasma prodotto nelle Strutture Trasfusionali di Potenza, Matera, Lagonegro e Melfi (plasma che viene conferito regolarmente alla Kedrion e avviato alla lavorazione).

AAE.2 Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali (Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011).

2.1 - 2.2 Presso la Regione è in essere il Comitato Tecnico Regionale per il Buon Uso del Sangue, composto dai responsabili SIT, dai referenti delle Associazioni e da funzionari regionali, previsto con DGR n. 2187/98, che si è regolarmente riunito; inoltre risultano attivi i comitati ospedalieri per il buon uso del sangue.

La regione ha presentato i verbali di attività di alcuni COBUS.

AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012)

3.1 E' stato promosso un evento su Qualità e Sicurezza nei Servizi Trasfusionali e nelle Unità di Raccolta sangue ed emocomponenti a ottobre- novembre 2013.

3.2 Nel documento "Sistema Trasfusionale in Basilicata", viene citata l'istituzione del Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale, che inoltre prevede quale struttura per la validazione il SIT

dell'Ospedale San Carlo di Potenza e quale centro per la lavorazione il SIT dell'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera.

AAE.4 Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) (Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013)

4.1 L'Accordo Stato-Regioni è stato recepito con DRG 917 del 21 luglio 2014.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON PRESCRIZIONE

La Regione Basilicata riferisce di aver sospeso, a partire dal 30/06/2014, l'attività di parto presso il punto nascita del presidio ospedaliero di Villa D'Agri. Dall'esame della tabella relativa al punto AAF.1.1, si evince che è ancora attivo 1 PN con volumi di attività < 500 parti/anno, riferibile, così come relazionato, all'Ospedale S. Giovanni di Dio di Melfi che nel 2013 ha effettuato 476 parti. Si rileva, rispetto alla situazione del 2012, che il PN di Policoro, che la Regione si era impegnata a monitorare essendo il volume di attività inferiore a 500 parti/anno, ha incrementato, da quanto riferito, il numero di parti che nel 2013 risultano essere stati 502. Inoltre, dalla disamina delle tabelle inviate, relative alla presenza, nel punto nascita di Melfi, degli standard organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dall'Accordo del 16 dicembre 2010, requisiti indispensabili per la persistenza di tale PN, si rilevano carenze di tipo organizzativo, tecnologico e di sicurezza; a ciò si aggiunge che, dalla documentazione inviata, si rilevano evidenti disallineamenti nell'adempienza agli standard dell'Accordo anche negli Ospedali di Matera (943 parti nel 2013), Lagonegro (545 parti nel 2013) e Policoro (502 parti nel 2013). La Regione Basilicata, consapevole di tali carenze, dichiara di impegnare i Direttori generali delle Aziende locali di Matera e Potenza ad ottemperare a tutti i requisiti entro e non oltre il 31 luglio 2015. Infine, la Regione dichiara di non aver rilevato formalmente, nell'anno 2013, i bisogni formativi degli operatori coinvolti nel percorso nascita e di non aver previsto formalmente, per gli anni 2013 e/o 2014 una attività formativa periodica nell'ambito della sicurezza del percorso nascita. Le carenze dei PN di Matera, Lagonegro e Policoro, oltre che del PN di Melfi, per quanto attiene gli standard previsti dall'Accordo, suscitano forte perplessità, poiché, sebbene la Regione abbia assunto un impegno formale a colmare i deficit negli standard, l'arco di tempo entro cui se ne prevede la realizzazione appare eccessivamente lungo, tale da non garantire qualità e sicurezza del percorso nascita. La situazione appare problematica soprattutto nel PN di Matera, secondo per volume di attività (943 parti nel 2013). Si sottolinea, altresì, che in merito a STAM-STEN, la Regione aveva dichiarato, nella verifica Lea 2012, che "*questi sistemi saranno operativi rispettivamente a partire dall'8/12/2013 e 1/3/2014 ed è prevista un'attività formativa per gli operatori coinvolti nel sistema di trasporto in emergenza del neonato nel gennaio 2014*". Appare evidente come, a fronte delle carenze negli ospedali sopra citati, un sistema di trasporto in emergenza materno e neonatale in piena attività rappresenti un elemento strategico per la sicurezza del percorso nascita, nelle more della messa a regime degli standard mancanti. In data 15 gennaio 2015 la Regione trasmette ulteriore documentazione, dalla quale si evince quanto segue. Le Aziende Sanitarie regionali sono state già formalmente impegnate nel garantire, con le specifiche risorse finanziarie aggiuntive stanziate con la Legge regionale dell'11 gennaio 2015, in corso di pubblicazione, entro e non oltre il 30 giugno 2015 il pieno rispetto degli standard di cui al citato Accordo del 2010. Nello specifico lo stanziamento dovrà essere utilizzato prioritariamente per gli interventi finalizzati al pieno rispetto degli standard organizzativi, tecnologici e di sicurezza di cui all'Accordo del 2010 per i punti nascita di Matera e Policoro dell'ASM (Azienda Sanitaria Locale di Matera) e Melfi e Lagonegro dell'ASP (Azienda Sanitaria Locale di Potenza). Inoltre, per tali finalità è stato già assentito, con la DGR 1533 del 12/12/2014, per l'Ospedale di Melfi (ASP di Potenza) un ulteriore finanziamento di €1.000.000,00. Nelle more, la Regione garantisce, comunque, qualità e sicurezza del percorso nei punti nascita carenti, attraverso i sistemi di STAM (Servizio Trasporto Assistito Materno) attivo dall'8/12/2013 e di STEN (Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale) che sarà pienamente attivato sul territorio regionale a far data dal 1° febbraio 2015. Per garantire la migliore assistenza e la massima sicurezza al parto, l'ASP e

l'AOR San Carlo di Potenza hanno istituito il Dipartimento interaziendale materno-infantile composto dalle unità operative di ostetricia-ginecologia dell'AOR San Carlo, con funzioni di coordinamento, dell'Ospedale di Melfi, dell'Ospedale di Lagonegro, dalla Unità operativa di ginecologia dell'Ospedale di Villa D'Agri, dai punti di accesso alle rete dei punti nascita nei presidi ospedalieri distrettuali e dai servizi territoriali (consultori, distretti). Relativamente all'attività formativa, la Regione riporta l'attività relativa alle tematiche del percorso nascita svolta presso le strutture sanitarie nell'anno 2013. Infine, si segnala che il 30 settembre 2014 si è conclusa la formazione del personale STEN degli operatori di rianimazione neonatale e degli operatori delle strutture neonatali periferiche per l'intera Regione Basilicata. Le precisazioni inviate permettono di evidenziare l'impegno profuso dalla Regione Basilicata nel dare completa realizzazione dell'Accordo del 2010, tuttavia permangono le criticità relative al fatto che il completamento della riorganizzazione del percorso nascita, come riferito, potrà completarsi solo entro il 2015; ciò pone una oggettiva difficoltà nell'espressione di una valutazione che, di fatto, deve riferirsi ad azioni avviate e/o completate nel 2013.
Tutto ciò premesso, si rimanda al Comitato LEA per la valutazione finale.
In sede di riunione del 29 gennaio 2015, il Comitato Lea ritiene di considerare la Regione adempiente con prescrizione a garantire entro il 30 giugno 2015 il pieno rispetto degli standard di cui all'Accordo del 16 dicembre 2010.
Si prende atto della nota trasmessa a gennaio 2015 dalla Direzione Generale del Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata, e dell'impegno a dare corso alla riorganizzazione del PN che l'Assessore al Dipartimento Politiche della Persona, prof. Flavia Franconi, ha ribadito.
Pertanto, entro e non oltre il 30 giugno 2015, la Regione Basilicata dovrà realizzare quanto dichiarato ed in particolare:

- la piena attivazione del Dipartimento interaziendale materno-infantile istituito tra l'ASP e l'AOR San Carlo di Potenza, composto dalle unità operative di ostetricia-ginecologia dell'AOR San Carlo, con funzioni di coordinamento dell'Ospedale di Melfi, dell'Ospedale di Lagonegro, dalla Unità operativa di ginecologia dell'Ospedale di Villa D'Agri, dai punti di accesso alle rete dei punti nascita nei presidi ospedalieri distrettuali e dai servizi territoriali (consultori, distretti). Si auspica che il processo di dipartimentalizzazione si concretizzi mediante l'integrazione e rotazione del personale del Punto nascita di II livello (Potenza) con il personale delle UUOO di ostetricia e neonatologia dei PN di II livello (Matera, Policoro, Melfi) nei quali dovrà essere garantita la presenza di tutti gli standard di sicurezza, tecnologici e organizzativi indicati nell'Accordo.
  Relativamente ai PN di Policoro e Melfi, i dati CEDAP degli anni 2009-2012 hanno evidenziato che i volumi di attività per Policoro si sono attestati sempre al di sotto dei 500 parti/anno, ad eccezione del 2013 in cui il numero di parti è di poco superiore a 500/anno (502 parti); il PN di Melfi, negli stessi anni, partendo da volumi di attività superiori ai 500 parti/anno ha presentato un trend negativo, attestandosi nel 2013 a 476 parti/anno. Tale situazione a cui la Regione Basilicata ha solo parzialmente ovviato con il percorso di dipartimentalizzazione sopra esplicitata, necessita, tuttavia di una meditata risoluzione che vada nella direzione della chiusura/accorpamento di tali UUOO e ciò in funzione della piena implementazione dell'Accordo del 2010 che prevede la chiusura dei PN con volumi di attività inferiori a 500/anno e la tendenza a garantire l'attività di PN che abbiano come standard i 1000 parti/anno.
- la piena attivazione dei sistemi STAM (Servizio Trasporto Assistito Materno) e STEN (Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale).

L'atto formale di intesa tra la Regione Basilicata e l'ASP e l'AOR San Carlo di Potenza, con il quale viene ufficializzato e messo a regime il Dipartimento interaziendale materno-infantile dovrà essere trasmesso al Comitato LEA entro i termini sopra previsti, così come la Regione Basilicata dovrà dare comunicazione al Comitato LEA dell'avvenuta ottemperanza alle prescrizioni impartite, inviando i relativi atti formali attestanti la realizzazione delle azioni sopra esplicitate.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso un aggiornamento sullo stato di avanzamento della riprogrammazione della rete di emergenza e delle CO, in adempimento delle L.R. n. 21/1999 e n. 12/2008, della DGR 1537/2009 e della DCR 317/2012.

La Regione rende noto che sul proprio territorio sono presenti:

- 1 Dipartimento di emergenza-urgenza di I livello, presso l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera
- 1 Dipartimento di emergenza-urgenza di II livello, presso l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza
- 3 Pronto Soccorso presso l'Ospedale San Giovanni di Lagonegro, l'Ospedale San Giovanni di Dio di Melfi e l'Ospedale Civile di Villa d'Agri; in tutti i PS sono stati attivati PL di OBI
- 7 Punti di Primo Intervento, di cui 4 collocati presso gli Ospedali Distrettuali dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza e 3 di quella di Matera
- 1 CO Unica Regionale 118 a Potenza.

L'integrazione tra territorio ed ospedale si articola tramite il Dipartimento Interaziendale Regionale Emergenza Sanitaria che gestisce anche il trasporto secondario inter-ospedaliero urgente dei pazienti. La medicina generale territoriale gestisce, invece, gli ambulatori ospedalieri per i codici bianchi attivati presso gli ospedali per acuti. L'integrazione tra Continuità Assistenziale e 118 è stata rimodulata con l'avvio di un progetto che la Regione ha condiviso con l'Agenas e che, nella prima fase di attuazione, ha realizzato, nel dicembre 2013, il trasferimento della Continuità Assistenziale di Potenza nella struttura che ospitava già i locali della Centrale Operativa del sistema di Emergenza Urgenza. In riferimento all'articolazione e/o rimodulazione delle reti ad alta complessità tempo dipendenti, la Regione ha trasmesso la Determinazione dirigenziale n° 72 relativa alla rete trauma, a completamento di quanto già inviato per la rete ictus e SCA. La Direttiva attuativa vincolante, ai sensi del piano Sanitario Regionale 2012-2015 per la Rete assistenziale e di presa in carico dei traumi, riporta il modello organizzativo regionale che prevede l'identificazione di 4 Ospedali sedi di PSA (Melfi, Villa d'Agri, Lagonegro e Policoro), di 1 Ospedale sede di DEA di I livello e di PSA (Matera), di 1 Ospedale sede di DEA di II livello e di PSA (AOR San Carlo) e di un trauma center presso l'AOR San Carlo di Potenza, con funzioni di Hub in rete con i Presidi Ospedalieri Spoke. Tale documento inoltre prevede che la Centrale Operativa Unica Regionale del 118 gestisca gli eventi traumatici, coordini il servizio Regionale di Elisoccorso (due aeromobili presso le basi HEMS di Potenza e Matera) e monitorizzi costantemente la disponibilità dei PL di terapia intensiva su tutto l'ambito regionale.

Successivamente, in seguito alla richiesta di informazioni sul recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 e di integrazioni relative al numero delle postazioni mobili (comprese quelle medicalizzate), ai risultati ottenuti dal monitoraggio sulla gestione delle reti ictus e SCA e agli indicatori individuati per la valutazione sull'attuazione della rete trauma, la Regione trasmette i chiarimenti di seguito riportati.

La rete regionale dell'emergenza è articolata nel seguente modo:

- sono sede di PS semplice l'Ospedale San Giovanni di Lagonegro, l'Ospedale San Giovanni di Dio di Melfi e l'Ospedale Civile di Villa d'Agri (afferenti all'ASL di Potenza) e l'Ospedale Giovanni Paolo II di Policoro (afferente all'ASL di Matera),
- è sede di DEA di I livello l'Ospedale Madonna della Grazia di Matera,
- è sede di DEA di II livello l'AOR San Carlo di Potenza.

I mezzi attivi nell'anno 2013 per l'emergenza territoriale sono

- n. 24 ambulanze con infermiere
- n. 11 ambulanze con medico ed infermiere
- n. 1 automedica

- n. 2 aeromobili.

L'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 non è stato formalmente recepito, ma sono state implementate, a carattere sperimentale, forme organizzative strutturali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale nell'ambito distrettuale.

Gli interventi effettuati dal sistema 118 nell'ambito della rete SCA, nell'anno 2013, sono stati in totale a livello regionale 540. In particolare, viene riportata la relazione dell'attività svolta presso l'Ospedale San Carlo di Potenza con i risultati degli indicatori individuati per l'UTIC – emodinamica – cardiologia medica e per l'UO di cardiologia riabilitativa.

I dati rilevati, nell'anno 2013, nell'ambito dell'attività svolta dalla stroke unit, si riferiscono alla valutazione del danno neurologico all'entrata in reparto e alla dimissione del paziente e al numero dei pazienti sottoposti a trombolisi.

La rete traumi maggiori è stata formalizzata con DGR e il gruppo tecnico ha definito il percorso assistenziale. Le finalità della rete riflettono le indicazioni presenti nel PSN in ambito delle patologie traumatiche più frequenti in Italia.

La Regione ha comunicato le informazioni richieste dal Questionario.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS per il 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

<u>Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H</u>

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 86,98%

Esito: Adempiente

<u>Indicatore qualità</u>

N. record con ASL e comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 100%

Esito: Adempiente

Numero accessi in PS per 1000 residenti: 282,61

Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:

<u>N. Accessi EMUR PS per triage all'accesso</u>

B 14.713 G 32.960 N 11 R 1.754 V 113.400 Totale 162.838

<u>N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso</u>

B 10.064 V 125.228 G 26.077 R 1.381 N 88 Totale 162.838

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

<u>Indicatore di coerenza</u>

N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 102,97%

Esito: Adempiente

<u>Indicatore di qualità</u>

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/ totale record campi data-ora: 100%

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/ totale record campi data-ora: 100%

Esito: Adempiente

AAG.3

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Con nota n. 8235/13A2 del 15 gennaio 2015 la Regione Basilicata informa il Comitato Lea che ha provveduto ad effettuare una puntuale analisi dei tempi di percorrenza dei mezzi di soccorso relativi all'ultimo bimestre 2014. Dall'analisi è emerso che non venivano correttamente rilevati i tempi di percorrenza e di arrivo ed il Dirigente competente ha già provveduto ad emanare apposita direttiva (allegata alla nota). Inoltre si sta provvedendo ad una riorganizzazione dell'intera rete sia in termini

di operatività delle singole postazioni che di dislocazione territoriale delle stesse, e all'attivazione di due nuove postazioni. Pertanto la Regione è considerata adempiente con impegno; si rimanda alla valutazione 2014 la verifica dei tempi di percorrenza e al 2015 la verifica dell'efficacia delle azioni intraprese.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale messa in atto dalla Regione Basilicata, presuppone il passaggio progressivo e graduale dalle forme associative semplici (medicina in associazione - medicina in rete – medicina di gruppo) a quelle più complesse che possono garantire la presa in carico globale del cittadino. Ciò ha visto la rimodulazione delle 11 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), istituite con atto formale nel 2012 nell'ASL di Potenza, divenute 7 per confluenza di alcune di esse in forme organizzative più evolute costituite da gruppi di Medici di Medicina Generale che hanno chiesto ed ottenuto di essere ospitati presso strutture aziendali (distretti, sub-distretti, spazi dedicati all'interno degli ospedali, poliambulatori) dove operano contestualmente o in continuità con medici Specialisti ambulatoriali, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, infermieri. Nella maggior parte di tali strutture viene effettuata la diagnostica di I° livello. Nell'ASL di Potenza inoltre è stata avviata la sperimentazione di n. 2 equipe semiresidenziali interdistrettuali che utilizzano le sedi messe a disposizione dal Distretto al fine di garantire, in un unico contesto, l'erogazione di più servizi sanitari e la continuità assistenziale h 24. Prosegue la sperimentazione dei n. 2 modelli organizzativi di Assistenza Territoriale Integrata per la Basilicata (ATIB) in atto nell'ASM di Matera. La Regione ha avviato i lavori per procedere alla contrattazione integrativa Regionale (AIR) al fine di dare pieno compimento a livello locale alle direttive del Decreto Balduzzi anche in relazione al ruolo e all'accesso unico dei MMG.

E' stata trasmessa la relazione sulle azioni individuate e poste in essere in merito all'organizzazione delle Cure Primarie; la Regione ha inviato inoltre una seconda relazione integrativa dalla quale si evince la progressiva evoluzione del processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale verso quanto previsto sia dalla legge 189/2012 (decreto Balduzzi) che dal patto per la salute 2014-2016. In tale ottica, infatti è stato avviato in via sperimentale dall'ASP un processo di implementazione dei servizi sanitari territoriali che può essere riconducibile al modello organizzativo delle UCCP. Infatti, al fine di avere in un unico contesto l'erogazione integrata dei servizi sanitari, con la possibilità di apertura H24, l'ASP ospita i Medici di Medicina Generale (medicine di gruppo presenti su tutto il territorio aziendale) presso le sedi dei Distretti Socio Sanitari o comunque nei poliambulatori dove operano contestualmente le varie figure professionali del territorio.

A riprova del percorso avviato la Regione Basilicata invia la documentazione relativa alla concessione in uso dei medici costituiti in medicina di gruppo di spazi presso poliambulatori aziendali fino all'approvazione di uno specifico regolamento che scaturirà dalla stipula del nuovo Accordo Collettivo Integrativo (AIR). Relativamente ai modelli organizzativi già in atto sono stati introdotti alcuni cambiamenti, nell'ASL di Potenza, riguardo il numero delle Equipe Funzionali Distrettuali (assimilabili alle AFT) che da 7 sono divenute 8.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La Regione Basilicata risultava per l'anno 2012 adempiente con impegno ad adottare le Linee Guida, individuare strumenti e procedure operative di monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi e riferire i risultati raggiunti. La Regione al riguardo ha inviato la DGR 1373 del 11/11/2014 che recepisce l'Accordo Stato-Regioni del 20/02/2011 "Piano di indirizzo per la Riabilitazione". Inoltre la Regione riporta che dovrà provvedere a istituire con successivo provvedimento il Dipartimento regionale interaziendale di riabilitazione e di dover predisporre, con successivo provvedimento, gli atti necessari all'attuazione del Piano in materia di governo clinico, percorsi riabilitativo unico, luoghi di cura e modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie riabilitative.

Per l'anno 2013 la Regione, per quanto riguarda i percorsi terapeutici riabilitativi previsti dal Questionario, ha inviato le "Linee di indirizzo per il miglioramento della qualità e la sicurezza dei pazienti in terapia antitrombotica" e il "Percorso diagnostico terapeutico e assistenziale per lo sviluppo della rete dell'ictus cerebrale".
La Regione risulta adempiente per l'anno 2013, può inoltre considerarsi assolto l'impegno per il 2012 (vedi tabella allegata).

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione Basilicata risulta sufficiente per 3 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 la percentuale dei controlli svolti per il monitoraggio della scrapie e la percentuale dei campioni svolti per il Piano Nazionale Residui (PNR) e per la ricerca dei residui fitosanitari.
Per i flussi informativi veterinari ha conseguito un buon livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (punteggio pari al 72,5%) ma è risultata sufficiente solo per 3 indicatori vincolanti su 6. In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili, di ricerca dei residui fitosanitari e di quanto previsto dal PNR (vedi tabelle allegate).
La Regione ha trasmesso una proposta di Piano di impegni per la sanità pubblica veterinaria, attualmente in valutazione da parte del Comitato LEA.
In sede di riunione del 29 gennaio 2015, il Comitato Lea, valutato positivamente il Piano di impegni sottoscritto dalla Regione, ritiene di considerare la Regione adempiente con impegno a rispettare quanto rappresentato nel suddetto Piano.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
Stante quanto risulta dal valore assunto dall'indicatore calcolato dalla Regione: "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini", la Regione ha rilevato che tutte le 4 Aziende del SSR hanno recepito le linee guida per la dematerializzazione in diagnostica per immagini ed hanno nominato il responsabile aziendale per la conservazione a norma di legge della documentazione clinica in diagnostica per immagini.
Il valore dell'indicatore pertanto è pari al 100%. Si chiede alla Regione di fornire l'elenco delle strutture.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1
ADEMPIENTE
La Regione Basilicata ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare una riduzione dell'incidenza complessiva della spesa farmaceutica sul Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR), negli ultimi quattro anni.
La Basilicata ha raggiunto importanti risultati sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, sebbene nel 2013 la spesa sia al di sopra del finanziamento programmato in corrispondenza del 11,35% (12,15% sul FSR), mentre mostra una spesa farmaceutica ospedaliera ancora molto elevata (4,37% rispetto al tetto del 3,5%). La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica" allegata al Questionario.
La Regione dichiara che la progressiva riduzione nel corso del triennio 2010-2012 dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale è stata dovuta al raggiungimento degli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria contenuti all'interno del "Patto della salute 2010-2013",

nonché all'introduzione della quota di compartecipazione per i cittadini. Nel corso del 2013 la Basilicata ha emanato ulteriori decreti riguardanti la promozione dell'utilizzo dei medicinali a brevetto scaduto, nonché il potenziamento della distribuzione diretta e per conto, azioni che però non hanno evitato il superamento del tetto di spesa programmata per quest'ambito assistenziale.
Sul versante dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la Regione evidenzia un'inversione, seppur minima a valore, del trend crescente dell'incidenza della spesa ospedaliera sul FSR, dovuta, anche in questo caso, al raggiungimento degli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria contenuti all'interno del "Patto della salute 2010-2013" e alla promozione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari.
La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, mai aggiornato nel corso del 2013 e mai 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 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 98% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.
Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 98% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 98% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

ADEMPIENTE
La Regione Basilicata ha inviato la DGR 25 del 15/01/2013 e la DGR n.168 del 11/02/2014 recanti "Disposizioni vincolanti alle aziende sanitarie regionali in materia organizzativa".
I due documenti dispongono il divieto, fino al dicembre 2014, per le Aziende Sanitarie del SSR di conferire incarichi o di rinnovarli sia per il personale di comparto, per quanto riguarda le posizioni organizzative e di coordinamento, sia per quanto riguarda il personale dirigenziale relativamente agli incarichi di responsabilità delle strutture semplici e complesse, in attesa che la Giunta Regionale recepisca gli standard nazionali delle strutture organizzative del SSR.
La Regione Basilicata, dai dati forniti dal NSIS con Tab.1G del conto annuale, ha previsto 188 strutture complesse (ospedaliere e non ospedaliere) e 627 strutture semplici, evidenziando una differenza in eccesso di 16 strutture complesse e un numero in eccesso di strutture semplici pari a 402 rispetto alle strutture regionali da standard.
La Regione con DGR 576/2014 ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013 relativo a "Elenco nazionale dei Direttori di struttura complessa ai fini della composizione delle Commissioni di valutazione per il conferimento degli incarichi di struttura complessa per i profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario".

Si invita la Regione a recepire gli standard e conseguentemente a ridurre il numero di strutture complesse e semplici.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di aver recepito il Piano nazionale per la malattia diabetica con DGR 136 del 14 febbraio 2013 recante "Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 6 dicembre 2012, rep. Atti n. 233/CSR, su Piano per la malattia diabetica".

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	RISPOSTA	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**99,00%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	

8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**100,00%**	**2**	**2,0**	
9	RIA 11	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	**100,00%**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**97,84%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**97,56%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
14	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%	**95,83%**	**2**	**6,0**	
15	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%	**99,81%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**50,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	PUNTEGGIO	VALUTAZ.	RISULTATO	NOTE
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**97,96%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente,	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	

			dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.							
4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**1,61**	**2**	**4,0**	

5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**1,30**	**1**	**2,0**	
6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**1,45**	**2**	**1,0**	

7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti dal Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**-**	**1**	**1,0**	

9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**2,00**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**1,40**	**2**	**1,0**	

11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,93**	**1**	**1,5**	
12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,95**	**1**	**2,0**	

13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**2,00**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,016%**	**2**	**6,0**	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**99,38%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**43,5**	**BUONA**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1			**Obblighi informativi e Indicatori**	**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**50,0 - ADEMPIENTE**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**2**	**43,5 - BUONA**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1			**Obblighi informativi e Indicatori**	**peso**	**risultato**	**risultato*peso**	**Note**
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**2**	**4**	
						8	**ADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza.

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	
208	Malattie delle vie biliari senza CC	

227	Interventi sui tessuti molli senza CC	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	

377	Diagnosi relative a postparto e post aborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (Contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	42%	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	100,0%	15
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/(numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80%	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	80,0%	7,5

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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	U.3: 24% Indicatore Griglia LEA: 51% % missing: 3%	30
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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore **"**Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 49,3% Anno2012: 52,1% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 52,5%	0
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 1,8% Anno2012: 4,4% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 1,7%	0

U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	Definizione PASSI: Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati Definizione Istat: Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 62,1% Anno 2102: 54,9% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 46,9%	0
U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	10,8%	10
U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 98,7%	0
U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 86,8%	0

U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 56,8%	0
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**92,5**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	10,7	14,7	10,2	13,5	10,6	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	6,1	10,2	9,3	10,5	9,5	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	14,7	9,3	13,2	9,1	10,7	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	≥ 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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	≥ 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	**≥99,7%**	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	<95%
4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	**≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma**	≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	**nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte**
7	**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**	>= 98%	90% - 97,9%	80% - 89,9%	**< 80%**

8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	**<160 e ≥120**	<120 e ≥50	< 50
9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre	**< 70% in almeno 2 categorie**
10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 48/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Num. indicatore	Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità					
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	*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**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.lgs 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	6	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	**2**	**12**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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***	**2**	**8**	
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	4	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***	**2**	**8**	
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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (23% pari a 842 controlli su 3702)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	***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 [vedere annotazione]	*< 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"***	**1**	**6**	
9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	***<85% di bovini morti testati per BSE (72,99%)***	*≥ 85% di bovini morti testati per BSE*	**1**	**3**	
10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	

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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	*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 i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**8**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	
13	**CONTROLLO SANITARIO DELLE POPOLAZIONI SUINE - anagrafe:** D.lgs 26/10/2010 n. 200 che stabilisce modalità di identificazione e registrazione suini; **malattia di Aujeszky:** D.M. 1-4-1997 e DM 30 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*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, D.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	*< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	***≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report***	**2**	**12**	

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	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	***validazione effettuata oltre la scadenza prevista (3 campioni validati su 11)***	*validazione effettuata entro la scadenza prevista*	**1**	**4**	
16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, 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 annotazione]	*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***	**2**	**10**	
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	***< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati (10% per CAT A)***	*≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati*	**0**	**0**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2

18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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 annotazione]	*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***	**2**	**12**	
19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	***arrivo dei dati oltre il termine (laboratorio non accreditato/dati non pervenuti)***	*arrivo dei dati entro il termine*	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	*≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	**0**	**0**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2013 *è stato basato su un riconoscimento condizionato*	***almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	*meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	***almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04***	**2**	**8**	

21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	***comunicazione inviata oltre il termine (mail 3 marzo)***	*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 2013 [vedere annotazione]	*tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013*	***tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013***	**1**	**5**	
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"	6	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 (29 aprile)***	*trasmesso entro la data prevista*	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	***allegato 3 inviato, corretto e completo***	**1**	**6**	
	TOTALE	**100**								**145**	

NON SUFFICIENTE punteggio pari al 72,5% ma sufficiente per 3 indicatori vincolanti su 6

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, sono state superate anche le criticità inizialmente emerse in merito al confronto CE-LA:

- squadrature per l'azienda 205 relativamente alla mobilità intra ed extra attiva e passiva;
- squadratura per la GSA relativamente mobilità extra attiva.

Statistici

ADEMPIENTE

Si segnala, in via preliminare, che nella verifica degli adempimenti per l'anno 2012 la Regione Calabria era risultata adempiente con impegno a risolvere le criticità evidenziate sulla qualità dei flussi informativi FLS21 (assistenza farmaceutica convenzionata e assistenza domiciliare integrata), STS21 (assistenza specialistica territoriale), HSP14 (apparecchiature tecnico biomediche), HSP24 (nido, nati immaturi) e SDO (scheda di dimissione ospedaliera).

Da una prima disamina emerge quanto di seguito riportato.

La copertura dei dati risulterebbe complessivamente buona, tuttavia si evidenziano criticità sul flusso informativo T1Cbis (personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private).

La qualità dei dati è insufficiente, in presenza di criticità sui flussi informativi T1Cbis (personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private), HSP12 (posti letto delle strutture pubbliche e equiparate), HSP13 (posti letto delle case di cura private) e HSP14 (apparecchiature tecnico biomediche).

E' stato chiesto alla Regione di integrare la banca dati NSIS, eliminare le criticità nei flussi informativi T1Cbis, HSP12, HSP13 e HSP14 e, a conclusione degli aggiornamenti dei dati NSIS, 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 Calabria ha effettuato le integrazioni e correzioni richieste in banca dati NSIS, superando in tal modo le criticità suddette (vedi tabelle allegate).

e) Erogazione LEA

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La regione Calabria con un punteggio pari a 136 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente con impegno". Si segnalano criticità per gli indicatori: 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), 2 Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (già rilevata nel 2012), 5.3 Percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06 (già rilevata nel 2012), 6.3 programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti, 10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti, 14 Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti e 21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti). Considerando che la Regione è sottoposta al Piano di Rientro si rinvia agli obiettivi stabiliti dal Piano stesso.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla Base Dati nazionale risulta che, a gennaio 2014, la regione Calabria ha una dotazione conosciuta di 5.932 posti letto, pari a 3,00 per 1.000 abitanti, di cui 2,43 per pazienti acuti (4.813 posti letto) e 0,56 per riabilitazione e lungodegenza (1.119 posti letto). La Regione deve effettuare la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13 in base dati 2014.

L'offerta dei posti letto regionali è in linea con lo standard nazionale e, nel confronto con gli anni precedenti, mostra un trend volto al riequilibrio dell'offerta per le post acuzie rispetto alle acuzie. In relazione alla tematica, la Regione ha trasmesso copiosa documentazione relativa ad azioni di riordino della rete ospedaliera da attuarsi sui posti letto per acuti e post acuti.

F.2

ADEMPIENTE

In via preliminare si evidenzia che, in sede di valutazione 2012, la regione era stata considerata adempiente con impegno ad attuare con tempestività le iniziative, prospettate con DPGR-CA 5/2014, per il raggiungimento degli standard di ospedalizzazione del 160 per mille e della relativa quota del 20-25% riferita al ciclo diurno.

La Base Dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2011-2012-2013) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 171,77 nel 2011, di 162,15 nel 2012 e di 148,46 nel 2013.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, con un differenziale di 4,8 (29,8%) nel 2011, 4,5 nel 2012 (29,5%) e 3,85 nel 2013 (28,85%).

In considerazione che il tasso di ospedalizzazione totale risulta ricondotto entro gli standard di riferimento, si ritiene di poter considerare assolto l'impegno relativamente all'anno 2012.

E' necessario tuttavia che la Regione fornisca ulteriore supporto documentale a sostegno delle iniziative intraprese o da intraprendere al fine di garantire che la quota di ospedalizzazione riferita al ciclo diurno venga ricompresa entro il limite indicato del 20-25%.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione Calabria con una percentuale pari al 13% di DRG critici si colloca nell'area dell'adempienza con impegno.

Si segnalano le criticità per i DRG 139, 163, 245, 282, 339, 340, 345, 410, 466 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

H.1 Monitoraggio ex post

La Regione Calabria ha svolto il monitoraggio ex post. Dai dati pervenuti al NSIS si evidenzia che il campo Classe di priorità ha una valorizzazione del 32,75% (I semestre) e del 35,63% (II semestre) e Il campo Garanzia dei tempi di attesa ha una valorizzazione pari a 35,93% (I semestre) e 36,93% (II semestre).

H.1.2 Per quanto sopra esposto non risulta possibile calcolare gli indicatori per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecodoppler dei tronchi sovraortici, in quanto richiedono una qualità = >90% dei campi necessari al calcolo.

H.2 Monitoraggio ex ante

Non è stato possibile effettuare una valutazione sul monitoraggio ex ante perché i dati non sono pervenuti.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero
Dai dati pervenuti risulta che la Regione soddisfa pienamente l'adempimento per il campo Classe di priorità.
H.4 Monitoraggio delle sospensioni
Non risultano pervenuti i dati relativi al monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.
H.4.2 In relazione alle indicazioni per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni, si prende in considerazione quanto dichiarato dalla Regione in riferimento ad una procedura temporanea elaborata ad hoc per gestire in maniera distinta le priorità d'accesso e l'inserimento delle richieste nel sistema.
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 è stata svolta.
H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa
Non si hanno indicazioni al riguardo.

Le criticità presentate dalla Regione, tuttavia, sembrano essere in fase di risoluzione.
Pertanto, in considerazione delle iniziative intraprese si può esprimere una valutazione di adempienza con impegno da parte della Regione alla corretta gestione del flusso che regola l'invio dei dati sul Monitoraggio ex post.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA
La Regione Calabria ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 441,2 milioni di euro, corrispondente ad un disavanzo rispetto al tetto del 11,35% del Fabbisogno sanitario regionale del 1,3% (45,2 milioni di euro). La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 146,1 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del Fabbisogno sanitario regionale dello 0,69% (24 milioni di euro).
La Regione Calabria evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 69,3 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.
Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.
Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.
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 2013.

Regione: CALABRIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	335.935.960	9,63%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	5.278.525	0,15%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	6.677.929	0,19%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	6.034.463	0,17%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	111.642.490	3,20%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	47.921.457	1,37%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	13.315.494	0,38%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	34.605.963	0,99%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	442.903.027	12,70%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	3.488.447.222	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	395.938.760	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	46.964.267	1,35%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		352,7%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	1.715.402	0,05%
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**441.187.625**	**12,65%**
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	258.639.557	7,41%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	13.096.950	0,38%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	2.434.139	0,07%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	811.311	0,0233%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	481.058	0,01%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	130.173.609	3,73%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	3.488.447.222	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	122.095.653	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	4.443.000	0,13%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	2.470.000	0,07%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	4.038.978	0,12%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**146.144.581**	**4,19%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	24.048.928	0,69%

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE

La Regione descrive l'aggiornamento delle attività relative all'adozione della contabilità analitica a livello delle singole aziende ed a livello regionale, nonché un rafforzamento del ruolo delle strutture di Controllo di gestione. Trasmette inoltre il cronoprogramma in cui sono indicati gli anni entro i quali saranno raggiunti gli obiettivi richiesti. Alla luce di quanto affermato la Regione si considera inadempiente, visto che l'adozione della contabilità analitica è ancora in fase di implementazione.

Si prende atto dell'invio del decreto di nomina del responsabile dell'attuazione della contabilità analitica.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione risulta adempiente in base alla DGR 7762 del 29/11/2011, 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.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, 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.

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 60% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

INADEMPIENTE

Si riporta in via preliminare che per l'anno 2011 la Regione risulta inadempiente con rinvio al Piano di rientro poiché non raggiunge il minimo del punteggio nella tabella sulla ripartizione degli oneri tra sociale e sanitario; inoltre la normativa regionale in materia di compartecipazione alla spesa per le prestazioni in strutture extraospedaliere non è in linea con quanto disposto dai DPCM di riferimento.

Parimenti 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 semiresidenziale 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.

La documentazione inviata per la verifica 2013 non modifica le valutazioni relative agli anni 2011 e 2012.

Il punteggio totale riportato dalla Regione è di 1 punto, così ripartito:

Valutazione Multidimensionale dell'anziano non autosufficiente in cure domiciliari: 1 punto
Offerta assistenziale: 0 punti
Ripartizione degli oneri: 0 punti

Per superare l'inadempienza la Regione deve allineare la normativa regionale (art. 17 e 18 della L.r. 22/2007) al DPCM 2001 in materia di compartecipazione agli oneri delle prestazioni di assistenza sociosanitaria ed ampliare l'offerta della rete territoriale semiresidenziale per pazienti non autosufficienti e pazienti disabili.

La documentazione integrativa trasmessa a febbraio 2015 dalla Regione non modifica la valutazione sopra espressa.

S.3

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 56%
Esito: Adempiente con impegno ad integrare i dati mancanti.
Si segnala inoltre l'assenza di dati da parte di una ASL.

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 70,79%

Esito: Adempiente con l'impegno ad alimentare le PIC attivate con i dati di attività in modo che il rapporto atteso sia pari a 100%.

Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 0,46
Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1
N. Pic erogate 325 Tasso di prese in carico 0,17
CIA Livello 2
N. Pic erogate 386 Tasso di prese in carico 0,20
CIA Livello 3
N. Pic erogate 32 Tasso di prese in carico 0,02
CIA Livello 4
N. Pic erogate 165 Tasso di prese in carico 0,08
Totale PIC erogate 908

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 108
Esito: Adempiente

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 115,54 %
Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 1,75
Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		Totale assistiti(*)
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
213	0,11	1705	0,87	58	0,03	1357	0,69	**3327**	**1,70**	107	0,05	1	0,00	**108**	**0,06**	**3429**

(*) Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione.
La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbe non corrispondere con il valore in Totale assistiti. Infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione ha previsto gli abbattimenti tariffari oltre il valore soglia del 60° giorno per il ricovero di lungodegenza con DPGR 19 dell'11 febbraio 2013, con cui sono state recepite le tariffe ministeriali approvate con DMS del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla GU del 28 gennaio 2013.

u) Prevenzione

INADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Calabria risulta pari a 60 ovvero inferiore al valore soglia fissato per l'esito di adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

Per quanto concerne la programmazione in materia di formazione del personale sanitario, la Regione dichiara che per l'anno 2013 sono state confermate le Linee guida per i Piani di Formazione del personale delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere adottate per l'anno 2012 con DPGR 19 del 14 marzo 2012, sulla base delle quali ciascun'azienda sanitaria ha predisposto il proprio piano formativo.

Inoltre, la Regione dichiara di aver adottato con DDG 11619 del 1/10/2014 il manuale di accreditamento dei provider regionali ed indica l'elenco dei provider accreditati. Alla luce di ciò l'impegno relativo all'anno 2012 si ritiene superato.

La Regione, poi, ha fornito le informazioni relative alle risorse finanziarie utilizzate in favore delle Aziende del SSR nel 2013 per la Formazione continua dei professionisti sanitari e relative al trasferimento dei report degli eventi formativi al COGEAPS.

Ciò premesso, per l'anno 2013 la Regione Calabria viene considerata adempiente con la raccomandazione di attivare in tempi brevi l'Osservatorio Regionale, il quale, come dichiarato dalla stessa, allo stato non risulta ancora insediato.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione ha individuato PDTA che interessano diversi ambiti assistenziali ed ha in programma la predisposizione di ulteriori percorsi di cura.

La Regione dichiara di effettuare il monitoraggio dei PDTA tramite specifici indicatori previsti negli stessi PDTA.

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad inviare l'atto regionale/aziendale dei PDTA individuati.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

Con nota del 16 febbraio 2015 la Regione dichiara di non erogare prestazioni aggiuntive "rispetto a quelle previste dall'ordinamento vigente in materia di livelli essenziali aggiuntivi".

Si prende atto di quanto dichiarato dalla Regione. Si sottolinea, in ogni caso, che le prestazioni garantite in base alla vigente normativa nazionale costituiscono livelli essenziali di assistenza e non livelli essenziali aggiuntivi.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione ha recepito l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 con DPGR 44 del 29 marzo 2013; dichiara di aver concluso l'iter di accreditamento istituzionale di tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie private con il DPGR 1 del 5 gennaio 2011 e dichiara di aver utilizzato i criteri e le norme sancite nella propria Legge regionale n. 11/2004, rispetto alla quale notevoli sono gli elementi di novità contenuti nella predetta Intesa, oggetto di lavoro in addivenire per la Regione. Viene dichiarato che le uniche strutture in ritardo per le quali l'iter di accreditamento si è concluso nel corso del 2014 sono: Casa di cura Arena, Casa di cura Madonna della Catena, Casa di cura Villa S. Anna di CZ e "C.C. Tommaso Campanella di Catanzaro". In merito alla Fondazione Tommaso Campanella che tanto impatta sui fabbisogni della Calabria, si apprezza la conclusione dell'iter di accreditamento e si auspica un proficuo prosieguo anche con i criteri dell'Allegato all'Intesa del 20/12/2012, sempre nel pieno rispetto dei fabbisogni dell'area di Catanzaro e nella ripartizione tra A.O.U. Mater Domini e la stessa Tommaso Campanella. In tal senso è apprezzabile che la Regione

abbia istituito una task force per la revisione della normativa regionale con DPGR 66 del 23 maggio 2013, al fine di rendere operativo il Disciplinare Tecnico allegato alla predetta Intesa.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La regione Calabria ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali dichiarando che, alla data del 31 dicembre 2013, 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 Calabria in merito alla riorganizzazione della rete laboratoristica ed al service di laboratorio rinvia alla nota prot. 195683/2014 riguardante la preventiva "Approvazione riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati". Con riferimento alla medicina di laboratorio si apprezza, come già rilevato lo scorso anno, l'impegno della Regione nell'attività di monitoraggio.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La Regione Calabria ha trasmesso al Ministero della Salute il report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche in cui riporta i criteri per l'identificazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza da sottoporre a controllo. L'identificazione è scaturita dall'analisi delle SDO che presentavano una rilevante percentuale di inappropriatezza, in particolare in riferimento agli indicatori: degenza media preoperatoria distinta per interventi chirurgici programmati (valori —> 1 giorno) e non programmati (valori —>2 giorni); percentuale di interventi per frattura di femore operati entro 2 giorni (valore = 30%); percentuale di parti cesarei sul totale dei parti (valore = 25% per l'anno 2013).

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) riporta i dati per singola struttura ma non vengono riportati i valori complessivi regionali dei controlli, dei risultati e delle misure adottate, sia per le strutture pubbliche che per le strutture private.

Si segnala il non raggiungimento del 10% dei controlli per 6 strutture pubbliche dell'ASP di Cosenza e la Calabrodental di Crotone.

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 riporta i dati per singola struttura ma non vengono riportati i valori complessivi regionali dei controlli, dei risultati e delle misure adottate, sia per le strutture pubbliche che per le strutture private.

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; inoltre, si ribadisce di trasmettere i valori complessivi regionali dei controlli, dei risultati e delle misure adottate, sia per le strutture pubbliche che per le strutture private.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso la documentazione relativa all'adempimento in oggetto. Ha inoltre fornito chiarimenti in merito alla mancata coincidenza tra il dato presente 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

In sede di prima valutazione, era stato chiesto alla Regione di sanare la carenza documentale relativa alla dotazione di strutture di hospice nell'ambito della rete di cure palliative, di indicare correttamente la percentuale di hospice in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000 (indicatore n. 2 della tabella di cui al punto AO.3 del Questionario) e di identificare dei centri Hub e Spoke nell'ambito della rete di terapia del dolore, con indicazione delle relative prestazioni erogate.
Successivamente, la Regione ha trasmesso supplementi di istruttoria consistenti nella nuova versione del Questionario 2013 ed una dettagliata relazione tecnica.
A disamina effettuata, si valutano positivamente le integrazioni fornite in merito alla dotazione di hospice nell'ambito della rete di cure palliative e alla compilazione della tabella degli indicatori.
Relativamente all'istituzione della rete di terapia del dolore, si ribadisce che il DDG 11163/2011 non appare atto ad identificare le strutture regionali aventi ruolo di Hub e Spoke nell'ambito della rete di terapia del dolore con le relative prestazioni erogate. Tuttavia, si prende atto dei chiarimenti forniti in merito all'emanando decreto regionale che individua i nodi Hub e Spoke della rete di terapia del dolore. Tale emanando decreto regionale è in linea con le norme e gli indirizzi nazionali in materia.
Ciò premesso, considerato il virtuoso percorso di complessivo miglioramento intrapreso dalla Regione, si ritiene di poter considerare la medesima adempiente.

AO.2

INADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di completezza per ASL

Disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento: SI
Esito: Adempiente

N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 1/5 (20%)
Si segnala che risultano due strutture invianti i dati Hospice ma solo una è codificata secondo l'anagrafica STS11. Si invita pertanto la Regione a correggere il codice della struttura inviante e ad integrare i dati mancanti da parte delle altre strutture.
Esito: Inadempiente.

AO.3

ADEMPIENTE

Dato atto che la Regione risulta avere ottemperato agli adempimenti evidenziati nella tabella del Questionario relativa al percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia, si considera la stessa adempiente.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

Gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl hanno consentito nel 2013 la dimissione di 15 dei 19 internati in OPG per i quali è stata disposta la proroga della misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno.
La Regione ha individuato con la DPGR 91 del 19/6/2013 gli strumenti e le procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali dei minori accolti dai CPA

Infine, la Regione ha programmato una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale, così come previsto dall'Accordo "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'allegato C del DPCM 1 aprile 2008" del 13/10/2011.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha effettuato il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni, compilando la relativa tabella del Questionario, dalla quale emerge che sono rispettati i requisiti richiesti.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la tabella dalla quale emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono il 63%.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione ha trasmesso l'elenco dei corsi; diversi risultano attinenti alla tematica in oggetto.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Check list di chirurgia; dall'indagine è emerso che 91 UO chirurgiche regionali su 120 utilizzano la suddetta Check list.

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione non ha prodotto il report.

AS.6 Prevenzione delle cadute

La Regione ha trasmesso una procedura per la prevenzione delle cadute, pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Calabria del 16 luglio 2009. Tuttavia, si rappresenta che l'adempimento richiede la presenza di un piano per la prevenzione che costituisce una azione più complessa rispetto alla procedura. Un piano, infatti, si basa su una procedura che è solo l'inizio del percorso, in quanto, una volta definita, deve essere implementata a livello delle singole strutture sanitarie, successivamente deve essere monitorata attraverso indicatori definiti e infine aggiornata apportando eventuali modifiche, qualora si rendano necessarie. Tutte queste attività sono definite all'interno di un piano, pertanto la sola procedura, sebbene sia stata pubblicata ufficialmente sul BURC non è sufficiente a garantire una attività di prevenzione delle cadute.

AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione non ha istituito un gruppo di esperti per l'analisi degli Eventi Sentinella, né ha attivato un sistema di monitoraggio con indicatori e standard per la valutazione dei piani di miglioramento.

Per quanto sopra esposto la Regione risulta adempiente per gli aspetti valutativi; tuttavia si rappresenta che non vengono forniti elementi per gli aspetti informativi.

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che sono attivi 264 numero di punti di prenotazione/accettazione all'interno delle strutture erogatrici.

Rispetto all'indicatore:

- Numero di prenotazioni effettuate nell'anno 2013, la Regione dichiara 4.263.611;
- Misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate nell'anno 2013, la Regione dichiara 2.297.634;
- Rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell'anno 2013, la Regione dichiara 246.320.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 0,73%

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 100%

Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente.

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012: 121%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: 97,9%

Il codice 99 non noto/non risulta sarà considerato non valido, pertanto sarà escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 687

Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,26.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La relazione predisposta dalla Regione descrive molto genericamente le attività che si intendono avviare nel prossimi anni per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico rimandando a varie iniziative: Progetto Sanità Elettronica Calabria – Sistema Informativo Sanitario Regionale (SEC-SISR), progetto Rete dei Medici di Medicina Generale (RMMG), bando per il potenziamento delle rete regionale con banda ultralarga, bando di gara sulla banda larga per azzerare il digital divide regionale.

Più nello specifico, in attesa della pubblicazione del DPCM attuativo citato dal DL 179/2012 e ss.mm.ii, la Regione dichiara che la realizzazione di tutti i servizi previsti per il FSE è al momento della stesura del documento in fase di pianificazione.

Le funzionalità di FSE attualmente disponibili su tutto il territorio regionale sono l'Anagrafe Regionale Assistibili Unica, l'anagrafe regionale unica MMG/PLS, il modulo di scelta e revoca ed il modulo per le paghe dei medici mentre l'infrastruttura di Fascicolo, che gestisce i documenti basati

sullo standard HL7 CDA2, è attiva solo su alcune strutture. L'anagrafe operatori e l'anagrafe assistiti sono invece attualmente in fase di completamento.
La Regione rappresenta inoltre che l'infrastruttura del FSE sarà realizzata in modalità Cloud/SaaS e che le integrazioni dello stesso con i sistemi informativi aziendali e regionali sono ancora parziali.
La Regione risulta pertanto adempiente con impegno a fornire una relazione più dettagliata che consenta di valutare la pianificazione delle attività finalizzate alla realizzazione del FSE.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE
Relativamente alla verifica 2012, la Regione era stata considerata adempiente con impegno alla nomina del Direttore del SIT dell'Azienda di Cosenza". A tal proposito la Regione ha provveduto con una mobilità intraregionale di un Dirigente Medico.
Per quanto riguarda l'anno 2013, si rappresenta quanto segue.
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 (Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010)
1.1-1.2 La Regione ha comunicato che l'intero ciclo di visite di verifica iniziato nel 2012 e terminato il 2 dicembre 2014 è finalizzato alle attività di autorizzazione ed accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta.
1.3 La Regione dichiara che le Aziende hanno provveduto ad acquisire il sistema per il monitoraggio e il controllo del ciclo di congelamento del plasma, dichiarandone la conformità, conseguita entro il 31 luglio 2014, ai requisiti previsti dalla Farmacopea Europea per il plasma destinato alla produzione di plasmaderivati. Vengono allegate le certificazioni rilasciate dai Servizi Trasfusionali delle Aziende Sanitarie.
AAE.2 Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali (Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011)
2.1 La Regione ha presentato la DPGR 81 del 18/06/2012, già trasmessa per la verifica 2012.
Manca evidenza documentale dell'attività del Comitato Tecnico Consultivo.
2.2 La SRC ha avviato uno studio preliminare sul consumo degli emocomponenti nell'ambito delle strutture pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale, denominato "Progetto Regionale Plasma 2014-2016" ed uno riguardante "l'utilizzo degli emocomponenti nelle strutture sanitarie pubbliche e private della regione Calabria".
Attraverso le suddette attività, la SRC intende definire ed implementare linee di indirizzo nell'ambito del monitoraggio delle attività dei COBUS sull'utilizzo appropriato degli emocomponenti e dei farmaci plasmaderivati.
AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012)
3.1 Sono stati effettuati, ed alcuni in corso, momenti formativi regionali. Si prevede inoltre un decreto di costituzione dell'Albo regionale degli operatori abilitati alla raccolta di sangue ed emocomponenti; le Unità di Raccolta presenti nel territorio regionale, per svolgere attività di raccolta di sangue intero e di emocomponenti, dovranno in futuro avvalersi esclusivamente di personale medico ed infermieristico iscritto all'Albo Regionale.
3.2 Il processo di riduzione delle strutture trasfusionali regionali che effettuano la lavorazione del sangue raccolto e/o quelle che effettuano lo screening NAT e/o quelle che effettuano lo screening sierologico è in via di svolgimento così come indicato dai documenti presentati (DPGR n.58 del 26.06.2014 - Approvazione progetto di riorganizzazione del Sistema Trasfusionale Regionale. Programma 13 Azione 2.5 P.O. 2013-2015).
AAE.4 Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) (Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013)
4.1 L'Accordo è stato recepito con DCA 113 del 28/11/2014.

aaf) Percorso nascita

INADEMPIENTE

In via preliminare, si segnala che in sede di verifica 2012 la regione Calabria era stata considerata adempiente con impegno ad inviare, oltre che lo stato dell'arte relativo alla riorganizzazione dei punti nascita, la tempistica di attivazione di STAM/STEN, per i quali la Regione ha già atti programmatori, così come dichiarato in precedenza, lo stato dell'arte relativo al progetto sulla partoanalgesia che la Regione si era impegnata ad estendere in altre ASP e AO.

Con nota del 16/02/2015 la Regione ribadisce la chiusura dei PN con numero di parti < 500, sebbene nella tabella relativa al volume di attività dei PN del 2013, per l'Ospedale Basso Ionico (ASP di Catanzaro) sia riferito un numero di parti di 435. Inoltre la Regione Calabria nella nota inviata evidenzia una serie di ritardi nell'adeguamento dei PN agli standard contenuti nell'Accordo del 2010, così come riferisce che l'attivazione di STAM/STEN sarà attuata entro giugno 2015.

Infine, relativamente al progetto sulla partoanalgesia, per varie, seppur motivate argomentazioni, è rimandato a data imprecisata.

Con nota del 10/03/2015 la Regione riferisce di aver predisposto il documento "Rete per il trasporto neonatale". II documento prevede la tempistica di attuazione per l'attivazione STAM e STEN con la messa a regime entro il mese di giugno 2015. Sempre nella stessa nota, la Regione dichiara che, considerata la posizione geografica, si è ritenuto di rimandare la eventuale chiusura del Presidio Ospedaliero Basso Ionio di Soverato (ASP di Catanzaro), il cui volume di attività nel 2013 è stato di 435 parti/anno, ad una rivalutazione che sarà effettuata entro il 31/12/2015.

In merito allo stato dell'arte della partoanalgesia, la Regione dichiara che, avendo attivato le procedure per lo sblocco del turnover relativamente all'area dell'emergenza, sarà possibile attivare prioritariamente la partoanalgesia nelle Aziende Ospedaliere. Non si definisce la tempistica di tali azioni.

Relativamente ai requisiti organizzativi ed agli standard nazionali la Regione, che nella precedente nota del 16/02/2015 evidenziava una serie di ritardi nell'adeguamento dei PN agli standard contenuti nell'Accordo, nella nota del 10/03/2015 dichiara che tali requisiti risultano essere presenti in tutti i punti nascita attivi.

Tutto ciò premesso, sussistono evidenti elementi di dubbio sulla presenza dei requisiti e degli standard sia nel Presidio Ospedaliero Basso Ionio di Soverato sia anche nelle strutture che erogano parti in numero > 500/anno.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE

La Regione, che aveva già individuato la rete dell'emergenza-urgenza ospedaliera con DPGR 18/2010, ha trasmesso l'organizzazione dei presidi, sede di DEA (II e I livello) e PS, suddivisi per tre aree geografiche:

- **area nord** - l'AO di Cosenza è sede di DEA II livello ed ha funzione di Hub, mentre i 3 Presidi di Castrovillari, Rossano/Corigliano e di Cetraro/Paola sono sedi di Spoke/DEA di I. L' Ospedale sede di PS di zona montana si trova a S. Giovanni in fiore/ Acri e la CO 118 è nell'ASP di Cosenza con 21 postazioni medicalizzate.
- **area centro** - le funzioni di Hub con DEA II livello sono svolte dall'AO Pugliese Ciaccio e, per alcune funzioni, dalla Mater Domini di Catanzaro. I 3 Spoke con DEA I livello sono presso Lamezia Terme, Crotone e Vibo Valentia; sono 2 gli Ospedali generali con PS, Soverato e Tropea. Gli Ospedali di zona montana sono 2, Soveria Mannelli e Serra S. Bruno. Le CO 118 sono nell'ASP di Catanzaro, di Crotone e di Vibo Valentia rispettivamente con 10, 5 e 4 postazioni territoriali medicalizzate.
- **area sud** - la funzione di Hub con DEA II è a Reggio Calabria, gli Spoke con DEA I livello (2) sono a Polistena e Locri, gli Ospedali Generali sono 2, Melito Porto Salvo e Gioia Tauro (che diventerà Spoke nel nuovo ospedale), le CO 118 sono nell'ASP di Reggio Calabria e le

postazioni territoriali medicalizzate sono 12. Nei PPI, attivi negli ospedali riconvertiti, viene erogata, in 12/24H, l'emergenza –urgenza per i casi di media-bassa complessità, ma tale attività passerà al 118 quando diventerà funzionante la rete EMUR.

In riferimento all'emergenza-urgenza territoriale, le CO sono rimaste 5 e non viene indicata nessuna riduzione (lo scorso anno era stata prevista una riduzione a 3).

I mezzi di soccorso, con la riorganizzazione delle aziende, si ridurranno da 92 a 88 e saranno distribuiti, secondo quanto definito nel DPGR 94/2012, nel seguente modo:

- le ambulanze medicalizzate con medico ed infermiere a bordo, passeranno da 54 a 52 (Cosenza da 18 a 21, Crotone da 4 a 5, Catanzaro da 14 a 10, Vibo Valentia da 5 a 4 e Reggio Calabria da 13 a 12)
- 1 automedica a Cosenza
- i mezzi di soccorso di base, da 9 diventano 11 (Cosenza da 4 a 6 e nelle altre province restano invariati: Crotone 1, Vibo Valentia 3 e Reggio Calabria 1)
- le ambulanze di base con personale soccorritore restano in totale 3, a Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria.

In riferimento alla Continuità Assistenziale, la Regione dichiara che ancora non è stata avviata la prevista riorganizzazione (DPGR 94/2012), ma che il numero delle postazioni dovranno ridursi in maniera graduale, dalle attuali 334, a 304 in un primo step per poi arrivare a 280 in un secondo step.

La Regione, inoltre, riferisce che è prevista l'istituzione presso il Dipartimento Salute regionale del settore unico per l'emergenza sanitaria (ospedaliera e territoriale, 118 e CA). Infine, la Regione riferisce che, relativamente all'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, sono state previste 5 Centrali operative del territorio, adiacenti a quelle del 118 ed in particolare una di queste risponderà al numero 116117.

Per quanto riguarda le reti sulle patologie tempo-dipendenti, la Regione ha formalizzato la costituzione della rete trauma, SCA ed ictus, ma tutte le procedure sono in fase di aggiornamento sulla base della nuova rete assistenziale.

Concludendo, la Regione trasmette il programma di riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza, ma evidenzia che ancora sussiste, nelle Aziende Sanitarie, una "sostanziale disomogeneità" nell'attivazione dei processi di riprogrammazione. Pertanto è stato ridefinito il cronoprogramma 2014/2015 delle azioni da intraprendere con i rispettivi output, scadenze ed indicatori di processo e di risultato. In riferimento alle reti per le patologie tempo dipendenti, già formalizzate lo scorso anno, non sono stati trasmessi i risultati della prima fase di attuazione, né vengono fornite informazioni sui sistemi di monitoraggio dell'attività.

Infine, nulla viene riportato in merito al servizio di elisoccorso, pur essendo indicata la presenza delle basi.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

<u>Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H</u>

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 83,54%

Esito: Adempiente

<u>Indicatore qualità</u>

N. record con ASL e comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 99,59%

Esito: Adempiente

Numero accessi in PS per 1000 residenti: 267,45

Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:

N. Accessi EMUR PS per triage all'accesso

B 74.042 V 330.340 G 111.294 R 7.982 N 69 X 2 Totale 523.729

N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso

B 71.634 V 312.553 G 119.617 R 7.051 N 150 N.A. 12.724 Totale 523.729

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 99,58%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/ totale record campi data-ora: 100,00%

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/ totale record campi data-ora: 99,58%

Esito: Adempiente

AAG.3

INADEMPIENTE

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 26 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21).

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

La Regione ha adottato gli atti formali di programmazione relativi all'istituzione dei modelli organizzativi delle Cure Primarie denominati AFT e UCCP, con le note prot. 270911 del 01/09/2014 e prot. 222897 del 9/07/2014. Dalla relazione sul processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale trasmessa, si evince l'impegno della Regione a voler favorire il pieno sviluppo dell'associazionismo evoluto della Medicina convenzionata (MMG e PLS) e a tal fine ha avviato un accurato monitoraggio sulle forme associative esistenti alla data del 31 dicembre 2012.

In particolare prevede la graduale trasformazione delle attuali forme associative in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) intese quali unità organizzative elementari che consentono il coordinamento dell'attività dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Medici di Continuità Assistenziale (MCA). Inoltre le AFT rappresentano la base di un ulteriore e progressivo sviluppo del sistema di integrazione tra i MMG e le altre figure professionali che operano nel territorio nell'ambito di forme organizzative complesse come le UCCP. Ciascuna AFT, da attivare in tutte le Aziende Sanitarie con apposito provvedimento, tenendo conto anche delle caratteristiche oro-geografiche e demografiche del territorio, comprende una popolazione assistita non superiore a 30.000 abitanti ed è costituita da almeno 20 medici, inclusi i medici di CA ed un medico esperto in terapia del dolore. Inoltre, in ciascuna AFT è prevista la presenza di un coordinatore individuato dai componenti della stessa AFT.

Relativamente ai modelli organizzativi complessi per l'erogazione delle Cure Primarie, la Regione conferma l'attivazione di sei Nuclei di Cure Primarie (NCP) nell'ambito dei quali svolgono la propria attività 120 Medici di Medicina Generale per una popolazione di circa 140.000 assistiti. 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

ADEMPIENTE

La Regione presenta per l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2013 una variazione positiva percentuale al di sotto del valore medio nazionale e conferma un trend positivo nel triennio 2011-2012-2013.

Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza la Regione presenta un posizionamento negativo rispetto al valore Italia e una variazione negativa nel trend del triennio 2011-2012-2013 (vedi tabella allegata).

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La Regione Calabria risulta sufficiente per 4 item su 5.

Tra le criticità si segnala, in particolare, un punteggio inadeguato per gli indicatori di performance dovuto ad un livello di attività insoddisfacente per le profilassi di eradicazione per TBC e BRC oltre che per la percentuale dei controlli svolti per l'anagrafe ovicaprina, per la percentuale dei campioni svolti la ricerca dei residui fitosanitari e per i controlli ufficiali negli esercizi di commercializzazione e somministrazione degli alimenti.

Per i flussi informativi veterinari ha conseguito un buon livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (punteggio pari al 76,5% e 4 indicatori vincolanti su 6). In proposito, si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili, per le attività di controllo sulla BSE e per gli audit sugli stabilimenti del settore latte e dei prodotti derivati del latte, e una procedura non corretta per il rilascio dei riconoscimenti definitivi agli stabilimenti. Si segnala inoltre che i dati riguardanti il controllo della Scrapie, gli audit sulle autorità competenti ed il controllo per la ricerca dei fitosanitari non sono pervenuti o pervenuti in modo parziale (vedi tabelle allegate).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Stante quanto risulta dal valore assunto dall'indicatore calcolato dalla Regione "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale / totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini", le strutture che hanno attivato servizi di refertazione digitale costituiscono il 19% delle strutture pubbliche che erogano prestazioni di diagnostica per immagini.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

INADEMPIENTE

La Regione Calabria 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 degli ultimi 4 anni, sebbene non vengano ancora rispettati i tetti prefissati per entrambi le voci di spesa (13,69% per l'assistenza territoriale al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci" rispetto al tetto del 11,35% e 4,19% per l'assistenza ospedaliera rispetto al tetto del 3,5%). La Regione ha ancora importanti margini di miglioramento nella regolazione della propria spesa farmaceutica rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 14,85% del FSR (17,88% sul FSR). La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica allegata al Questionario. La Regione registra nell'ambito dell'assistenza farmaceutica territoriale una tendenziale riduzione della spesa negli ultimi anni. Tale risultato è stato realizzato attraverso interventi incentrati principalmente sulla promozione dell'appropriatezza prescrittiva per specifici classi di medicinali (ACE inibitori, statine, sartani), in aggiunta alla razionalizzazione d'uso e relativo monitoraggio di quelle categorie terapeutiche, per le quali si è osservato un incremento della spesa e dei consumi nel corso del 2012 e 2013 (ACE inibitori in associazione con calcio antagonisti, associazione di simvastatina+ezetimibe e gli omega 3). Oltre a ciò, la Regione è intervenuta sull'appropriatezza d'uso dei medicinali, incentivando l'allineamento dei medici prescrittori ai benchmark di riferimento, dati dagli indicatori AIFA (Rapporto OsMed 2012). E' stata ulteriormente decretata dalla Regione la promozione prescrittiva dei farmaci biosimilari e dei

medicinali a brevetto scaduto ai pazienti naïve, ove non sussistano situazioni di comprovata e documentata incompatibilità ed intolleranza. Malgrado gli sforzi intrapresi, complessivamente, tali interventi risultano ancora insufficienti nel riportare la spesa farmaceutica territoriale all'interno del margine del 14,85% del FSR stabilito. Anche sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la regione Calabria evidenzia un trend decrescente dell'incidenza della spesa, con un'incidenza percentuale sul FSR ancora molto lontana dal tetto del 3,5% (4,19% del FSR nel 2013). Infine, la regione Calabria ha garantito l'accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in ritardo rispetto alla media delle 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
INADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre l' 84% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.
Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3
INADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre l'84% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

ADEMPIENTE
La regione Calabria ha inviato la DPGR 97 del 05/07/2013 recante "Linee guida regionali per l'adozione dell'atto aziendale", che in allegato riporta, in merito alle articolazioni organizzative, una tabella in cui viene definito il numero di strutture complesse e semplici. Al riguardo la Regione ha previsto n. 497 strutture complesse e n.651 strutture semplici.
Dal calcolo delle strutture da standard, il numero delle unità operative complesse (ospedaliere e non ospedaliere), elaborato in base ai posti letto ospedalieri pubblici (4.027 p.l.) attivi al 1 gennaio 2013, risulta pari a 444 e 582 strutture semplici, calcolate in riferimento alla popolazione residente (1.958.238 ab.).
Da una prima valutazione si evidenziava che la Regione Calabria non aveva raggiunto la copertura totale del flusso informativo Tab.1G per l'anno 2013. Successivamente la Regione ha inviato il 16 febbraio 2015 una nota a firma del Dirigente generale del Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie in cui si afferma che tutte le Aziende del SSR hanno inserito nel sistema SICO del MEF, la documentazione mancante nella tabella 1G del Conto Annuale. Da un riscontro effettuato emerge che la Regione ha effettuato solo in parte le integrazioni richieste non raggiungendo la copertura totale del flusso informativo Tab.1G per l'anno 2013 (manca ancora la ASP di Crotone Ospedale Civile S. Giovanni di Dio). Tuttavia, in data 10 marzo 2015 la Regione ha trasmesso una nota con la quale comunica di aver raggiunto la copertura totale della Tabella 1G della rilevazione Conto Annuale "Strutture semplici e complesse e posizioni organizzative e di coordinamento" per il

2013, avendo inviato anche la tabella dell'unica struttura mancante "Ospedale civile S. Giovanni di Dio" della ASP di Crotone.
A tale riguardo si osserva che i dati della struttura ospedaliera sopra detta, effettivamente presenti nel sistema informativo SICO, non sono stati comunicati al sistema informativo NSIS a causa della mancata osservanza delle istruzioni di compilazione che prevedono sia effettuata da parte degli utenti l'operazione di "concludi rilevazione".
Infine, la Regione con la DGR 7434 del 19/06/2014 ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE
La Regione dichiara di aver recepito il Piano nazionale per la malattia diabetica con DPGR-CA 89 del 19 giugno 2013 recante "Recepimento Accordo Stato-Regioni Piano per la malattia diabetica. Rep atti n. 233/CSR del 6 dicembre 2012".

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	RISPOSTA	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**96,77%**	**2**	**2,0**	
9	RIA 11	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	**100,00%**	**2**	**3,0**	

10	STS.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**93,75%**	**2**	**1,0**	
14	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%	**98,77%**	**2**	**6,0**	
15	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%	**96,70%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**50,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	**PUNTEGGIO**	**VALUTAZIONE**	**RISULTATO**	**NOTE**
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**99,49%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**1,64**	**2**	**4,0**	

4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**1,62**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**1,93**	**2**	**4,0**	

6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**1,36**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**1,64**	**2**	**4,0**	

8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**-**	**1**	**1,0**	
9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**1,96**	**2**	**3,0**	

10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**1,77**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**2,00**	**2**	**3,0**	

12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**2,00**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**2,00**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,023%**	**1**	**3,0**	

15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**92,95%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**46,0**	**BUONA**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**50,0 - ADEMPIENTE**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**2**	**46,0 - BUONA**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**peso**	**risultato**	**risultato*peso**	**Note**
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**2**	**4**	
						8	**ADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	

208	Malattie delle vie biliari senza CC	
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	

369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	
377	Diagnosi relative a postparto e post aborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (Contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	0%	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	100%	15
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/ (numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80%	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	100%	15

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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	U.3: 42,9% Indicatore Griglia LEA: 10% % missing: 0%	0
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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore **"**Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 42,6% Anno2012: 40,4% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 47,9%	0
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 4,6% Anno2012: 6,7% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 2,1%	0

U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	Definizione PASSI: Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati Definizione Istat: Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 43,5% Anno 2102: 46,6% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 47,2%	0
U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	4,17%	0
U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 44,5%	0
U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 67,5%	0
U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 59,3%	0

	chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).				
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**60**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	16,7	14,7	12,7	13,5	12,3	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	12,0	10,2	7,9	10,5	6,8	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	12,0	9,3	10,6	9,1	10,1	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	≥ 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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	≥ 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	≥99,7%	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	**<95%**

4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	**≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma**	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	**attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9**	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte
7	**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**	**>= 98%**	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%
8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	<160 e ≥120	**<120 e ≥50**	< 50
9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre	**< 70% in almeno 2 categorie**

10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 48/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Numero indicatore	Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2			
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	*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**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.Lgs 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	6	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	**2**	**12**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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***	**2**	**8**	
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	4	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***	**2**	**8**	
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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (35% pari a 1702 controlli su 4915)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	*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 [vedere annotazione]	*< 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"***	**2**	**12**	
9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	***<85% di bovini morti testati per BSE (58,88%)***	*≥ 85% di bovini morti testati per BSE*	**1**	**3**	
10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	

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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	***invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento (dati non pervenuti)***	*invio correto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	corrispondenza tra i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	*corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea*	**0**	**0**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	
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 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	***≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report***	**2**	**12**	

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	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	***validazione effettuata entro la scadenza prevista***	**2**	**8**	
16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di oprigine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, 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 annotazione]	***numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte (27% 42 controlli su 155)***	*numero di audit uguale o superiore al 30 % del totale del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte*	**1**	**5**	
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	*< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati*	***≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati***	**2**	**10**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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 annotazione]	*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*	**2**	**12**	
19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	*arrivo dei dati oltre il termine*	***arrivo dei dati entro il termine***	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	***≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale***	**2**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2013 *è stato basato su un riconoscimento condizionato*	***almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	***meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04 (entro i sei mesi il 16,66%)***	*almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	**1**	**4**	

21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	***comunicazione inviata oltre il termine (3 marzo)***	*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 2013 [vedere annotazione]	***tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013 (dati incompleti)***	*tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013*	**0**	**0**	
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"	6	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 (dati non pervenuti)***	*trasmesso entro la data prevista*	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	*allegato 3 inviato, corretto e completo*	**0**	**0**	
	TOTALE	**100**								**153**	

SUFFICIENTE punteggio pari al 76,5% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

In sede di prima valutazione sono state riscontrate le criticità di seguito riportate.

Nel confronto CE-LA:

- squadrature in relazione ai vari aggregati di costo del CE e del modello LA e relativamente alla mobilità intra-regionale ed extraregionale, che si ripercuotono sul 999 e sull'elisione delle voci R
- una squadratura dell'azienda 904 del modello LA che comporta la non acquisizione nel NSIS del modello in questione e di conseguenza la squadratura in termini di confronto tra il modello CE ed il modello LA.

Inoltre è stato segnalato:

- la squadratura dell'azienda 203 relativa al CE del IV trimestre 2013
- la differenza, pur minima, relativa alle voci elise a livello di LA e di CE
- la trasmissione eventuale dei file relativi agli allegati 5 e 6 del modello LA e la loro riconduzione ai singoli livelli di assistenza
- mancanza dei modelli LA della GSA e del 999, sollecitati più volte
- mancanza di alcuni modelli di presidi CP che risultano dall'anagrafica delle strutture.

Anche nel confronto CE-SP sono state segnalate alcune discrepanze.

La Regione ha trasmesso documentazione integrativa, con la quale sono state superate le seguenti criticità:

- la squadratura dell'azienda 203 relativa al CE del IV trimestre 2013
- la trasmissione dei file relativi agli allegati 5 e 6 del modello LA e la loro riconduzione ai singoli livelli di assistenza
- mancanza del preventivo dei modelli CE 000-201 e 999
- discrepanze relative alle rimanenze tra il modello CE e SP.

Per queste ultime è stata trasmessa una nota con la quale sono state fornite le motivazioni delle discrepanze rilevate per le rimanenze in alcune aziende. Risultano, tuttavia, delle differenze sulle voci di mobilità intra ed extra regionale ed in particolare sulla GSA e sul riepilogo regionale. L'invio di ulteriore documentazione sana anche quest'ultima criticità.

Statistici

ADEMPIENTE

Si segnala, in via preliminare, che per l'anno 2012 la regione Campania era risultata adempiente con impegno a risolvere le criticità evidenziate sui flussi informativi CEDAP (Certificato di Assistenza al Parto) e sui nuovi campi della SDO (D.M. 135 del 8.07.2010). Per i suddetti flussi non risultano presenti criticità per l'anno 2013.

La copertura e la qualità dei dati risultano buone, pur in presenza di criticità sul flusso informativo T1Cbis (personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private).

Tuttavia, il riscontro fornito dalla Regione Campania è tale da poter considerare superate le suddette criticità, anche a fronte delle verifiche effettuate sulle integrazioni nella banca dati nazionale (vedi tabelle allegate).

e) Erogazione LEA

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La regione Campania con un punteggio pari a 136 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente con impegno". Si segnalano criticità per gli indicatori: 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni), 2 Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (criticità già rilevata nel 2012), 9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti, 10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti, 10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti e 18 Percentuale parti cesarei primari. Pur apprezzando i miglioramenti registrati nel punteggio finale, si rinvia agli obiettivi del Piano di rientro per le criticità rilevate.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

In via preliminare si segnala che in sede di valutazione 2012 la Regione era stata considerata inadempiente con rinvio al Piano di rientro, in quanto l'offerta di posti letto regionale risultava in linea con lo standard nazionale relativamente all'acuzie, mentre era insufficiente per la post-acuzie.

Dalla Base dati nazionale risulta che, a gennaio 2014, la Regione Campania ha una dotazione di 18.448 posti letto, pari a 3,14 per 1.000 abitanti, di cui 2,82 per pazienti acuti (16.572 posti letto) e 0,32 per riabilitazione e lungodegenza (1.876 posti letto).

La Regione deve effettuare la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13 nella Base dati 2014.

In riferimento alla tematica in questione la Regione ha trasmesso copiosa documentazione inerente la revisione della rete ospedaliera e il potenziamento dell'offerta di posti letto per le post-acuzie.

L'entità dell'impegno strategico assunto dalla Regione e la specificità degli interventi riorganizzativi, delineati dagli atti trasmessi e concretizzati nel dato relativo all'incremento dell'offerta per le postacuzie, consentono di ritenere superate le inadempienze per gli anni 2010, 2011 e 2012.

Relativamente all'anno 2013 la Regione deve procedere alla definizione e all'attuazione di ulteriori provvedimenti di revisione delle reti assistenziali, volti a garantire il pieno raggiungimento dello standard di riferimento per le post-acuzie.

F.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

In via preliminare si evidenzia che, in sede di valutazione 2012, la Regione era stata considerata inadempiente con rinvio al Piano di rientro, in presenza di un tasso di ospedalizzazione per mille abitanti di 193,12 con una quota riferita al regime diurno del 36,6% ed in considerazione che la Regione non risultava aver trasmesso provvedimenti utili al raggiungimento dei nuovi standard previsti dalla L. 135/2012.

Per l'anno 2013 permangono elevati i valori relativi al tasso di ospedalizzazione totale (187,30 per mille) e la quota relativa al regime diurno è in ulteriore incremento (36,6%).

In relazione all'oggetto la Regione ha trasmesso il DCA 3/2014 in materia di appropriatezza della funzione ospedaliera e modalità di remunerazione dei ricoveri attribuiti a DRG potenzialmente inappropriati.

Al riguardo, si osserva che il documento trasmesso contiene disposizioni di natura economico-amministrativa, consistenti nell'individuazione di criteri per l'abbattimento tariffario dei ricoveri inappropriati erogati nel 2013, mentre non fornisce disposizioni di natura organizzativo-gestionale per la revisione dell'uso dell'ospedale, né individua specifiche modalità assistenziali mirate all'uso appropriato della risorsa "posto letto". Si ritiene che le enunciate misure economiche, pur

rappresentando un disincentivo all'erogazione di ricoveri inappropriati, non possano consentire, da sole, il contenimento dei valori di ospedalizzazione espressi dalla Regione, anche in ragione dell'ampio scostamento osservato rispetto agli standard di riferimento.
Successivamente, tuttavia, la Regione trasmette una relazione esplicativa nella quale, fra l'altro, vengono richiamati i contenuti programmatori del DCA 17/2014, relativo all'erogazione dell'assistenza in day service e nell'ambito dei così detti pacchetti ambulatoriali coordinati e complessi.
A seguito della disamina, si ritiene tale intervento di programmazione strategica in linea con i disposti della L. 135/2012, in quanto volto al miglioramento dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale e al potenziamento delle forme di assistenza alternative al ricovero ordinario.
Pertanto, si ritiene di poter considerare la Regione adempiente con impegno alla tempestiva attuazione delle iniziative di riorganizzazione dell'assistenza delineate nel documento in parola.
Possono ritenersi superate le inadempienze per gli anni 2010, 2011 e 2012.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione con una percentuale pari al 18% di DRG critici, si colloca nell'area dell'adempienza con impegno.
Si segnalano criticità per i DRG 006, 040, 041, 051, 055, 061, 139, 162, 262, 317, 339, 342, 349, 364, 381 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR
H.1 Monitoraggio ex post
La Regione ha svolto attività di monitoraggio ex post. Dai dati presenti nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) risulta che i campi Classe di priorità, Garanzia tempi di attesa, Prestazioni in primo accesso e Struttura sanitaria erogatrice presentano una valorizzazione inferiore alla soglia prevista (90%).
H.1.2 Non è possibile misurare gli indicatori per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecodoppler dei tronchi sovraortici, previsti per la valutazione di adempienza, che possono essere individuati solo per le Regioni per le quali risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.
H.2 Monitoraggio ex ante
Al riguardo risulta che la Regione ha svolto il monitoraggio ex ante ma i dati non permettono il calcolo della percentuale di garanzia prevista.
H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero
Dai dati pervenuti risulta che la Regione non presenta una percentuale di corretta compilazione dei campi Data prenotazione e Classe di priorità pari alla soglia prevista.
H.4 Monitoraggio delle sospensioni
Dai dati presenti nel NSIS risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.
H.4.2 La Regione segnala che nell'ambito del proprio PRGLA, adottato con DGRC 271/2012, ha dettato apposita regolamentazione circa la sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni sanitarie. Tale indicazione, però, non fa emergere quali interventi sono stati posti in essere per alleviare i disagi causati dalle sospensioni (ci si riferisce solamente alla gestione della sospensione così come indicata dalle apposite Linee Guida).
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.

H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa

La Regione richiama il D.lgs 33/2013 e dichiara che 8 aziende sanitarie pubbliche hanno implementato nei propri siti web la specifica sezione "Liste di attesa", 3 hanno indicato sul proprio sito web la sezione "Liste di attesa", ma le informazioni in essa contenute non sono conformi a quanto disposto dal D.lgs 33/2013, e che le restanti 7 aziende sanitarie, nell'ambito del CUP hanno solamente accennato al rispetto dei tempi di attesa.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

La Regione Campania ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 1.250,9 milioni di euro, corrispondente ad un disavanzo rispetto al tetto del 11,35% del Fabbisogno sanitario regionale del 1,25% (122,2 milioni di euro). La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 385,8 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del Fabbisogno sanitario regionale dello 0,38% (37,7 milioni di euro).

La Regione Campania evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 159,9 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.

Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.

Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.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 2013.

Regione: CAMPANIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	900.365.159	9,05%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	14.219.461	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	19.105.906	0,19%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	16.569.002	0,17%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	323.111.268	3,25%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	179.209.096	1,80%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	82.237.154	0,83%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	96.971.942	0,98%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	1.255.819.212	12,63%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	9.945.491.239	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	1.128.813.256	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	127.005.956	1,28%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		154,4%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	4.850.011	0,0%
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**1.250.969.201**	**12,6%**
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	723.619.710	7,28%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	25.474.598	0,26%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	7.040.415	0,07%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	1.056.307	0,0106%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	2.245.867	0,02%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	364.691.255	3,67%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	9.945.491.239	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	348.092.193	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	3.958.000	0,04%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	25.000	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	8.299.530	0,08%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**385.849.323**	**3,88%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	37.757.130	0,38%

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE

La Regione nel 2012 era stata considerata inadempiente in quanto dichiarava per i seguenti obiettivi il raggiungimento di una soglia più bassa di quella prevista per l'adempienza, 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 chiariva, con riferimento al primo obiettivo, di aver previsto un aggiornamento, per le Aziende inadempienti, del nuovo Piano dei centri di costo, in coerenza con la nuova struttura organizzativa delle predette aziende, anche in relazione all'avvenuta adozione dell'Atto Aziendale.

Per il secondo obiettivo, la Regione faceva riferimento all'alimentazione del Piano dei centri di costo che non era ancora tale da consentire l'estrazione di report Co.An., in quanto i nuovi applicativi software erano ancora in fase di implementazione.
L'inadempienza per l'anno 2012 potrà considerarsi superata, con riferimento all'obiettivo A1), solo dopo il completamento delle azioni descritte dalla stessa Regione; con riferimento all'obiettivo A3) dopo la conferma regionale della quadratura Co.Ge. - Co.An. per Centro di costo, attraverso la procedura extracontabile descritta dalla Regione, nelle more del completamento del progetto per consentire l'automatismo della migrazione dei dati da Co.Ge. a Co.An..
La documentazione trasmessa per la verifica 2013 riguarda:

- relazioni relative allo stato di implementazione della contabilità analitica per singola azienda;
- una Nota di accompagnamento prot. 500286 del 17/07/2014;
- la Nota prot. 379996 del 4/06/2014 con la quale la Regione nomina il responsabile regionale del procedimento di verifica dello stato di attuazione della contabilità analitica nelle singole Aziende Sanitarie unitamente ai provvedimenti con i quali le Aziende nominano i responsabili del procedimento di verifica dello stato di attuazione della contabilità analitica;
- tabella di monitoraggio e verifica dello stato di implementazione Co.An. da cui si evince che gli obiettivi sono stati raggiunti secondo le percentuali previste.

Si prende atto dello stato di avanzamento dei procedimenti contabili e gestionali e del raggiungimento degli obiettivi A1 "Coerenza Piano dei centri di costo con la struttura organizzativa" e A2 "Coerenza Piano dei Fattori Produttivi con Piano dei Conti" della griglia "Verifica e monitoraggio stato d'implementazione Co.An.".
La Regione trasmette ulteriore documentazione, dalla cui analisi sono emerse alcune criticità a livello aziendale che appaiono in contrasto con quanto indicato nella griglia "Contabilità analitica" precedentemente trasmessa (es. Azienda Santobono). Sono in corso verifiche sulle squadrature tra Co.Ge. e Co.An. e conseguentemente attività di sistemazione dei legami tra le stesse, finalizzate alla eliminazione delle suddette squadrature. Alla luce di quanto esposto la Regione viene considerata inadempiente.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione risulta adempiente in base alla DGR 47 del 28/02/2012, 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. Per l'anno 2013 non sono stati adottati ulteriori provvedimenti, in quanto la clausola che preclude la confermabilità dell'incarico per tutti i Direttori Generali in caso di mancato rispetto del contenuto e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario, è già presente in ogni schema tipo di contratto sottoscritto dagli organi di vertice aziendali.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, 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.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 55% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE

Alla Regione viene attribuito un punteggio totale di 15 punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale dell'anziano non autosufficiente in cure domiciliari: 1 punto

Offerta assistenziale: 7 punti

Ripartizione degli oneri: 7 punti

In seguito alla richiesta di adeguare la compartecipazione all'assistenza psichiatrica residenziale, la Regione invia una nota di chiarimenti circa l'attribuzione della quota di compartecipazione del sociale nei trattamenti socio riabilitativi per pazienti psichiatrici, adottata con DGRC 666/2011.

A titolo informativo si rappresenta che la Regione si colloca al di sotto della mediana nell'assistenza domiciliare e residenziale in tutti i livelli di intensità.

S.3

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 49%

Esito: Adempiente con impegno ad integrare i dati mancanti

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 79,61%

Esito: Adempiente

Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 0,92

Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1

N. Pic erogate 1.257 Tasso di prese in carico 0,22

CIA Livello 2

N. Pic erogate 2.035 Tasso di prese in carico 0,35

CIA Livello 3

N. Pic erogate 485 Tasso di prese in carico 0,08

CIA Livello 4

N. Pic erogate 1.577 Tasso di prese in carico 0,27

Totale PIC erogate 5354

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 661,22%

Risultano 648 assistiti per il flusso FAR (corrispondenti a 6/7 ASL) e 98 assistiti rilevati dal modello STS24 (corrispondenti a 5/7 ASL)

Esito: Adempiente

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 105,51%

Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 0,30

Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		TOTALE ASSISTITI(*)
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
58	0,01	97	0,02	125	0,02	811	0,14	**1073**	**0,19**	308	0,05	349	0,06	648	0,11	**1720**

(*) Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione.
La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbe non corrispondere con il valore in Totale assistiti. Infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione viene considerata adempiente in base al Decreto 32/2013 avente ad oggetto "Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012 in materia di criteri e tariffe dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza specialistica ambulatoriale", in cui all'art. 4, punto g), viene previsto l'abbattimento pari al 40% per i ricoveri in lungodegenza oltre il valore soglia.

u) Prevenzione

INADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Campania risulta pari a 55, inferiore al valore soglia fissato per l'esito di adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

La Regione Campania ha risposto a tutti i punti del Questionario.

In particolare, la Regione ha avviato il Sistema di accreditamento provvisorio dei provider regionali sulla base dei requisiti strutturali e funzionali contenuti nel manuale di accreditamento adottato con Decreto Dirigenziale 227 del 23/07/2012. Con Decreto Dirigenziale 9 del 8/02/2012 ha individuato gli obiettivi formativi per gli operatori sanitari e con DPGR 67 del 6/03/2014 ha costituito l'Osservatorio regionale per garantire la qualità della formazione del Servizio Sanitario Regionale. Inoltre, con documentazione integrativa, la Regione ha indicato le risorse finanziarie utilizzate per la formazione degli operatori del Servizio Sanitario Regionale e l'elenco degli eventi/pfa svolti nel 2013 che risultano rapportati.

Pertanto, la Regione può essere considerata adempiente; si raccomanda di attivare in tempi brevi l'operatività dell'Osservatorio Regionale e di implementare il sistema di accreditamento secondo la normativa in materia.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

INADEMPIENTE

La Regione risulta inadempiente per l'anno 2012 in quanto ha ottemperato con ritardo alla necessità di individuare PDTA e monitorarne l'effettiva operatività.

Infatti, la Regione, con Decreto 37/2012 ha strutturato le attività delle ASL e AO in merito ai PDTA istituendo un gruppo di lavoro dedicato e con Decreto Commissariale ha approvato l'Accordo integrativo regionale per la Medicina generale in seguito al quale era stato condiviso il PDTA relativo al Diabete mellito con gli indicatori per il monitoraggio.

A partire dal 2013, il Servizio Medicina di base aveva il compito di monitorare il PDTA individuato.

Inoltre si prende atto che al punto 13.3 del PO 2013-2015 viene identificata la rete assistenziale regionale per la Prevenzione del Piede diabetico attraverso l'attuazione del disease management, in considerazione del fatto che la Regione ha uno dei più alti tassi di amputazione in diabetici negli ultimi 10 anni. Al riguardo, la Regione dichiara di aver previsto un percorso organizzato su più livelli di assistenza: Ambulatorio, Centro Chirurgico Territoriale, Struttura di ricovero.
Dall'analisi del PO si evince che l'attività di monitoraggio di tale percorso viene dilazionata nel tempo e precisamente nel corso del 2014 e del 2015, come la valutazione annuale dei dati reperiti, la stesura di report annuali delle attività e la diffusione e discussione dei risultati delle attività svolte. Inoltre, nel Decreto 43 del 04/07/2014, la Regione demanda all'ARSAN l'attività di monitoraggio dell'attuazione dei PTDA per la gestione del Piede diabetico e delle ulcere.
La Regione dichiara nel Questionario di non svolgere ancora alcuna attività di monitoraggio dei PDTA.
Si deve constatare che la Regione presenta ancora problematiche nella individuazione di PDTA e nel monitoraggio degli stessi, attività imprescindibile dalla definizione dei percorsi di cura. Si suggerisce, oltre alla definizione di ulteriori PDTA a garanzia di un'assistenza sanitaria di alto livello, di avviare in tempi congrui anche l'attività di monitoraggio di quanto già in essere ai fini migliorativi.

La Regione trasmette a marzo 2015 documentazione integrativa, relativa alla Determina AIFA 1353 del 12 novembre 2014 "Individuazione dei centri prescrittori e delle modalità di prescrizione del medicinale per l'epatite cronica C. SOVALDI (Sofosbuvir). Direttive vincolanti".
La Regione, in ottemperanza a quanto richiesto dall'AIFA, ha provveduto ad elaborare il Decreto n. 20/2015 che approva l'elenco dei Centri prescrittori, la modulistica per la prescrizione e il monitoraggio del farmaco, che sarà erogato in distribuzione diretta, nonché il PDTA per l'uso del farmaco nella malattia epatica cronica.
Si prende atto positivamente dell'iniziativa e si rimane in attesa dei primi risultati del monitoraggio.
Non risultano, però, ancora pervenuti i dati relativi al monitoraggio del PDTA relativo al Diabete mellito (demandato all'ARSAN) e si chiede, pertanto, di venire a conoscenza almeno degli indicatori che dovevano essere individuati dal gruppo di lavoro dedicato (Decreto 37/2012).

y) LEA aggiuntivi

INADEMPIENTE
La Regione ha compilato solo parzialmente il Questionario e non ha trasmesso alcuna documentazione a supporto.

ah) Accreditamento istituzionale

INADEMPIENTE
La regione Campania fornisce spiegazioni sull'iter di accreditamento istituzionale. Deve rilevarsi, tuttavia, che la Regione continua a sostenere posizioni che "legittimerebbero" il notevolissimo ritardo, asserendo che la sentenza 292/2012 della Corte Costituzionale lederebbe il diritto alla tutela della salute nella Regione medesima, motivazioni sulle quali non si entra nel merito, rilevando, tuttavia, che a distanza di un triennio la conclusione di tale iter ancora è lontana da raggiungersi e che neppure nel P.O. 2013-2015 i tempi appaiono concentrati.
Riguardo al recepimento dell'Intesa del 20 dicembre 2012, invece di un atto formale di recepimento, ci sono dichiarazioni d'intenti.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali compilata in tutte le sue parti ed ha fornito le informazioni richieste.

Al 31 dicembre 2013 risulta in corso una sola sperimentazione gestionale "Malzoni Radiosurgery Center – Centro Studi e Ricerche Raffaele Carola srl" anche se la stessa risulta in proroga.
Rispetto alla situazione, che ormai si protrae da tempo, sull'assetto giuridico della suddetta sperimentazione, si rinvia al Piano di Rientro.

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

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione, in merito alla riorganizzazione della rete laboratoristica, ha indicato i decreti di approvazione dei Piani di riorganizzazione della rete pubblica (Decreto 55/2010) e della rete privata (Decreto 109/2013 e DCA 45/2014).
Con riferimento al service di laboratorio, la Regione ha dichiarato che, per la rete pubblica, indicazioni sono presenti nel Decreto n. 55 mentre, per la rete privata, indicazioni sono presenti nei Decreti di riassetto della rete laboratoristica privata.
In merito alla medicina di laboratorio, la Regione non ha risposto ai quesiti in maniera sintetica, fornendo le singole risposte da parte di tutte le aziende sanitarie del territorio. Pur apprezzando lo sforzo della Regione nella raccolta della documentazione trasmessa, si rende necessario che la stessa si impegni a fornire un quadro sintetico ai fini dell'individuazione della situazione esistente nel proprio contesto territoriale.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
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 145.942 controlli, pari al 13,58%; 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. Per quanto riguarda l'impatto economico dei controlli sanitari non vengono indicate le misure adottate per numerose strutture. Si richiedono chiarimenti in merito. Si rileva che nelle Tabelle 1 e 2 non sono riportate le righe dei totali. Si ricorda, inoltre, che le Tabelle 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 infine che non è pervenuto il Report relativo ai controlli previsto all'art.3 c.2 del DM del 10 dicembre 2009.

La Regione, con nota prot. 016580 del 10 marzo 2015, trasmette la documentazione integrativa relativa agli anni di verifica 2011, 2012 e 2013. In particolare per l'anno 2013, all'interno della relazione ARSAN, vengono descritte le modalità operative adottate ed indicate nel DCA 6/2011 concernente l'adozione delle linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero e linee guida per la corretta compilazione delle SDO.
Per quanto riguarda l'impatto economico dei controlli sanitari, la Regione sottolinea che la mancata trasmissione degli abbattimenti tariffari di alcune strutture è giustificata dal fatto che si tratta di strutture di ricovero in post-acuzie con reparti di disciplina 56 o 60.
Rilevando l'impegno profuso dalla Regione nel corso degli anni 2011, 2012 e 2013 e ricordando 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, la Regione viene considerata adempiente con

impegno a trasmettere, a partire dall'anno di verifica 2014, i dati strutturati come richiesto dalla Circolare del MdS n. 5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche" e secondo il DM del 10/12/2009.
Si considerano superate le inadempienze 2011 e 2012.

an) Assistenza protesica

INADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso la documentazione necessaria per la verifica dell'adempimento in oggetto. Risulta, purtuttavia, che la spesa protesica dichiarata dalla Regione è pari a € 87.975.627, non corrispondente a € 100.000.000 risultanti dal modello LA (somma colonna consumi sanitari e prestazioni sanitarie). In attesa di chiarimenti in merito a tale discrepanza, la Regione viene considerata inadempiente.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE
Per l'anno 2012, la regione Campania era risultata adempiente con impegno, perché non risultava attuata l'informazione ai cittadini sulla rete palliativa e per il mancato utilizzo di strumenti per la misurazione della qualità percepita. In sede di prima valutazione non era stato possibile ritenere assolto l'impegno e per l'anno 2013 la Regione era stata considerata inadempiente con rinvio a Piano di rientro.
Successivamente la Regione ha trasmesso documentazione integrativa, inerente l'istituzione della rete di terapia del dolore, che a disamina effettuata si ritiene esaustiva, in quanto atta ad individuare le strutture con ruolo di Hub e di Spoke e le relative prestazioni erogate. Ciò premesso, si ritiene di poter considerare superata l'inadempienza per l'anno 2012.
Relativamente alla tabella degli indicatori, si evidenzia che deve essere ulteriormente migliorato il grado di raggiungimento degli standard previsti dal DM 43/07.
Ciò premesso, considerato che la Regione ha intrapreso un virtuoso percorso di complessivo miglioramento nelle tematiche oggetto di valutazione, ben evidenziato dagli atti documentali trasmessi, si ritiene di poter considerare la medesima adempiente per l'anno 2013.

AO.2

INADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di completezza per ASL

Disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento: NO
Esito: Inadempiente
N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 0

AO.3

ADEMPIENTE
Relativamente alla misurazione del grado di severità del dolore e all'uso dei farmaci oppiacei, la Regione dichiara di avere ottemperato agli adempimenti evidenziati nella tabella presente nel Questionario; tuttavia non risulta trasmessa la relativa documentazione.
Successivamente la Regione ha trasmesso il DCA 22/2015, inerente la costituzione della rete regionale di terapia del dolore, che a disamina effettuata risulta atto a documentare il funzionamento del percorso diagnostico terapeutico in oggetto.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

Per l'anno 2012 la Regione risultava adempiente con impegno a proseguire gli sforzi per procedere alla stipula delle convenzioni. Nel mese di febbraio 2015 la Regione invia alcuni aggiornamenti della ASL Na1: una nota circa lo stato di avanzamento dei lavori presso i locali che saranno convenzionati ad uso sanitario nell'IP per minori Nisida, e due delibere della ASL rispettivamente inerenti la stipula del protocollo per l'uso dei locali del carcere di Secondigliano adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie previste per l'articolazione per la tutela della salute mentale ed il protocollo di collaborazione tra personale sanitario e penitenziario.

La documentazione inviata per il 2013 consente il superamento dell'impegno per il 2012.

Per l'anno 2013 si rappresenta quanto segue.

Gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl hanno consentito nel 2013 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, così come previsto dall'Accordo "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'allegato C del DPCM 1 aprile 2008" del 13/10/2011.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

INADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione aveva effettuato un monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni, da cui era emerso che non erano rispettati i requisiti richiesti (almeno 7 Raccomandazioni su 15 implementate a livello aziendale al 70%). La Regione con nota prot. 868037 del 19/12/2014 comunica di aver avviato un secondo monitoraggio a dicembre 2014, i cui risultati non sono ancora noti. Inoltre comunica che 4/15 raccomandazioni ministeriali sono implementate a livello aziendale con una percentuale maggiore del 70% e fa presente che i provvedimenti per l'adozione sono ancora in itinere nelle Aziende.

A tale proposito la Regione dichiara che "in considerazione di ciò il numero totale di raccomandazioni al di sopra del valore soglia 70% risulterebbe pari a 8/15". Tuttavia si richiama l'attenzione sul fatto che le verifiche sono riferite al 2013 e non al 2015 ed inoltre che allo stato attuale non sono soddisfatti i criteri richiesti.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione non ha compilato la tabella del Questionario.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione, non avendo attivato un piano specifico per la formazione, invia una nota con la quale comunica l'adesione ad un progetto promosso dall'ISS su tematiche relative alla sorveglianza sulla mortalità materna. Si fa presente che nel Questionario si chiede se la Regione abbia un piano per la formazione sulle tematiche della sicurezza del paziente e la partecipazione al progetto sopra menzionato non può in alcun modo sostituirlo.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della check list di chirurgia; dall'indagine è emerso che 193 UO chirurgiche regionali su 289 utilizzano la check list di chirurgia, pari al 67%, percentuale inferiore al 70%, definito come criterio di riferimento.

La Regione nell'inviare documentazione integrativa modifica i dati precedentemente trasmessi, risultando che 265 UO chirurgiche regionali su 316 utilizzano la check list di chirurgia. Inoltre la Regione fa presente "che il numero di UO chirurgiche per i quali è stato verificato l'utilizzo della check list considera le strutture che hanno risposto alla rilevazione".

Questo suggerisce che vi siano ulteriori UO Chirurgiche che sono sfuggite alla rilevazione. Su tale punto si richiedono ulteriori delucidazioni.

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione non ha prodotto report.

AS.6 Prevenzione delle cadute

La Regione non ha definito un piano per la prevenzione delle cadute.

AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione trasmette una nota con la quale comunica di aver istituito un gruppo di lavoro avente per oggetto la sorveglianza sulla mortalità materna secondo le modalità previste dal progetto dell'ISS.

Come specificato nel Questionario e più estesamente nelle Note per la compilazione, viene richiesta l'istituzione di un gruppo di esperti per l'analisi degli Eventi Sentinella, oltre che l'attivazione di un sistema di monitoraggio con indicatori e standard per la valutazione dei piani di miglioramento. La suddetta nota implicitamente denota una non padronanza dell'argomento che nello specifico riguarda l'incident reporting.

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che le strutture sanitarie della Regione (n. 7 AA.SS.LL., n. 6 AA.OO. n. 3 AA.OO.UU ed n. 1 IRCSS) dispongono tutte di un sistema di CUP.

Rispetto all'indicatore:

- Numero di prenotazioni effettuate nell'anno 2013 la Regione dichiara 6.022.377;
- Misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate nell'anno 2013, la Regione dichiara 1.136.919;
- Rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell'anno 2013 la Regione dichiara 1.099.856.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

INADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 38,77%

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 44,26%

Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.
Esito: Inadempiente

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012: 94%
Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: 98,87%
Il codice 99 non noto/non risulta è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.
Esito: Adempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 120

Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,12.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione dichiara di aver realizzato il FSE attraverso il progetto "Rete MMG/PLS" e rappresenta una breve sintesi dello stato dell'arte (collegamento di 3 delle 17 aziende sanitarie, integrazione di alcuni applicativi aziendali, accesso tramite Portale Unico di Accesso ai servizi per l'alimentazione e la visualizzazione di dati e documenti agli utenti autorizzati con TS-CNS o utenza e password, la presenza di Access Gateway per l'integrazione in cooperazione applicativa).

La Regione prevede di modificare il FSE esistente per garantire la conformità alle Linee guida nazionali.

Nella relazione predisposta dalla Regione, invece, non si riporta nessuna quantificazione relativa a: numero di utenti attivi, numero di MMP/PLS attivi, volume di referti presenti nel FSE, volumi di profili sanitari sintetici dei servizi per la gestione del profilo sanitario sintetico.

La Regione pertanto risulta adempiente con impegno ad integrare quanto riportato nella relazione con le evidenze numeriche suddette.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

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 (Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010)

1.1 La Regione ha provveduto ad effettuare le visite di verifica istituzionali svolte e finalizzate all'autorizzazione e accreditamento dei Servizi Trasfusionali.

1.2 La Regione ha provveduto ad effettuare le visite di verifica istituzionali svolte e finalizzate all'autorizzazione e accreditamento delle Unità di Raccolta e loro articolazioni.

1.3 Le documentazioni presentate, ovvero "Plasma Umano proveniente dalle Regioni italiane destinato al frazionamento" e la relativa nota avente ad oggetto "Nuova revisione specifiche

plasma" (nota di accompagnamento n. 500259 del 17/07/2014), non possono essere considerate sufficienti a dimostrare miglioramenti nella situazione regionale in materia.

AAE.2 Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali (Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011)

2.1 Relativamente alla garanzia di adeguata partecipazione alle attività della SRC, la Regione dichiara esplicitamente di non aver adempiuto al requisito richiesto.

2.2 La Regione evidenzia la costituzione di alcuni Cobus senza la possibilità di avere una visione generale dei Cobus istituiti presso i Presidi Ospedalieri della Regione.

AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012)

3.1 In relazione all'acquisizione delle competenze di medici ed infermieri da inserire nei servizi trasfusionali e nelle Unità di raccolta, la Regione dichiara che sono stati effettuati vari incontri formativi.

3.2 Per quanto riguarda la riduzione delle strutture trasfusionali regionali che effettuano la lavorazione del sangue raccolto e/o quelle che effettuano lo screening NAT e/o quelle che effettuano lo screening sierologico, la Regione riferisce di non aver ancora adempiuto al requisito.

AAE.4 Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) (Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013)

4.1 La Regione ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 13/3/2013 in data 29/01/2015 .

La Regione, considerando le visite di verifica effettuate nel 2014, viene considerata adempiente con impegno a trasmettere riscontri relativi ai punti 2.1 e 3.2.

aaf) Percorso nascita

INADEMPIENTE

La Regione Campania, già inadempiente per l'anno 2012, ha inviato il DCA 16/2015, con il quale è stato recepito l'Accordo del 2010 e costituito il Comitato Percorso Nascita regionale. Si prende atto dello sforzo compiuto dalla Regione nel nominare tale Comitato, tuttavia, non si hanno elementi per valutare lo stato di riorganizzazione del percorso nascita nel territorio campano.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE

Con Decreto Commissariale 57/2012, la regione Campania aveva approvato gli interventi per la riqualificazione della rete dell'emergenza-urgenza relativamente alla costituzione dei Dipartimenti Integrati dell'Emergenza (DIE), all'organizzazione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) e alla riorganizzazione dei PS.

La Regione, nell'anno 2013, ha proseguito il processo di ridefinizione della rete emergenza-urgenza emanando:

- il Decreto Commissariale 28/2013, nel quale viene definito il passaggio di competenze gestionali della Centrale Operativa Napoli dall'A.O.R.N. "A. Cardarelli" all'ASL Napoli 1 e la soppressione della Centrale Operativa Regionale
- il Decreto Commissariale 82/2013, che nell'intervento 15.1 "Riqualificazione rete emergenza-urgenza" attribuisce alla Centrale Operativa Territoriale la responsabilità della gestione delle risorse umane e strumentali del Soccorso Sanitario Territori.

Tuttavia, entrambi i provvedimenti dell'anno 2013 non sono stati attuati in quanto oggetto di contenzioso.

Inoltre nell'anno 2013, è stato attivato, con Decreto Dirigenziale n. 11/2013, un Tavolo di Lavoro Ospedaliero di supporto al Coordinamento Regionale per la definizione della rete dei PS e delle LG diagnostico terapeutiche sui percorsi del paziente, nonché degli standard strutturali, operativi e clinici.

Relativamente alle reti per le patologie tempo dipendenti la Regione ha trasmesso:

- il Decreto Commissariale 29/2013 nel quale veniva approvato il protocollo clinico organizzativo della rete per l'Infarto Miocardico Acuto (IMA)
- il Decreto Commissariale 44/2013 avente per oggetto "Atto di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza per l'ictus cerebrale (stroke unit).

Il protocollo dell'IMA prevede la costituzione di una rete di intervento territoriale basata sul Sistema 118 e su un modello organizzativo ospedaliero di tipo Hub & Spoke. Inoltre sono stati previsti il ruolo e gli standard delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica dei Centri Hub e Spoke, dei laboratori di emodinamica, dei PS, ecc.
Gli indicatori identificati per il monitoraggio della rete, pur essendo principalmente di tipo clinico, permettono di verificare anche l'efficacia organizzativa.
Il documento sulla rete regionale ictus comprende le diverse fasi di soccorso (extraosopedaliero e ospedaliero), il percorso riabilitativo del paziente e un programma di formazione per la popolazione e per gli operatori coinvolti nel soccorso. Inoltre è allegato al documento un report del gruppo di lavoro stroke unit 2012 che riporta la realtà presente a livello regionale.
Preso atto delle problematiche giudiziarie che impediscono alla Regione di attuare una parte di quanto programmato e deliberato, si riscontra comunque un ritardo nella riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza e nella pianificazione delle reti delle patologie tempo-dipendenti. Relativamente all'attuazione del Decreto Commissariale 57/2012, non sono stati trasmessi i risultati delle prime attività svolte. In particolare, mancano le principali informazioni richieste dal Questionario, ovvero quanti sono i Dipartimenti di emergenza urgenza di I livello e di II livello, il numero degli ospedali sedi di PS, presenza di elisoccorso, numero delle postazioni mobili (comprese quelle medicalizzate), ecc.
In riferimento alle reti per le patologie tempo dipendenti, manca quella relativa al trauma e per la rete ictus non sono stati identificati gli indicatori per il monitoraggio organizzativo della rete. Infine, la Regione non ha indicato le modalità di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013.
In data 10 marzo 2015 la Regione trasmette documentazione integrativa, in particolare una bozza di "Piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera", versione del 20/02/2015. Dalla disamina della bozza presentata si evidenziano, per la tematica dell'emergenza urgenza, delle criticità relativamente alla identificazione delle sedi ospedaliere di Pronto soccorso, per le quali si rinvia al Piano di rientro.
Si resta in attesa della trasmissione del provvedimento approvato dalla Giunta regionale.

AAG.2

INADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

<u>Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H</u>

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 55,29%
Si segnala l'assenza di dati da parte di 19 strutture rispetto alle 63 attese.
Esito: Inadempiente

<u>Indicatore qualità</u>

N. record con ASL e comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 100%
Esito: Adempiente

Numero accessi in PS per 1000 residenti: 197,16

Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:

N. Accessi EMUR PS per triage all'accesso
B 102.496 G 136.712 N 118 R 8.277 V 889.981 Totale 1.137.584
N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso
B 90.352 V 868.865 G 124.706 R 7.735 N 270 N.A 45.656 Totale 1.137.584

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 115%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/totale record campi data-ora: 100%

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/totale record campi data-ora: 95,09%

Esito: Adempiente

AAG.3

ADEMPIENTE

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 18 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21).

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

La regione Campania, in data 24 luglio 2013, ha approvato l'Accordo Integrativo Regionale (AIR) per la Medicina Generale che ha condiviso la necessità di una nuova e più moderna organizzazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale con particolare riferimento all'area delle Cure primarie.

In tale processo di riorganizzazione la Regione prevede l'individuazione di modelli organizzativi a complessità crescente quali il Presidio Territoriale Distrettuale (PAD) inteso come luogo di riferimento territoriale in grado di fornire risposte assistenziali continuative (H24) e riconducibile alle UCCP per la presenza di team multiprofessionali. Prevede inoltre l'individuazione del Presidio Territoriale Integrato (PATI) che rappresenta una evoluzione organizzativa del PAD. Allo stato attuale risultano attive 199 forme associative in rete di MMG e 191 forme associative in gruppo che evolveranno in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Prosegue la realizzazione delle 5 Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS) in attuazione del Decreto 49/2010 (piano di riconversione dei presidi territoriali dismessi).

Con il Decreto n. 18 del 18 febbraio 2015 la Regione ha approvato il modello di riorganizzazione delle Cure Primarie che le Direzioni Generali delle AA.SS.LL adotteranno mediante la formulazione di un "Piano Aziendale di riorganizzazione delle Cure Primarie" i cui obiettivi e relative azioni attuative saranno sviluppati nel triennio 2015-2016-2017. In particolare il modello prevede la realizzazione delle nuove forme organizzative della Medicina Generale monoprofessionali, denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), e multiprofessionali, denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), previste sia dalla legge 189/2012 (Decreto Balduzzi) che dal Patto per la Salute 2014-2016. Ciò vedrà la ridefinizione della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta quale perno di una rete socio-sanitaria in grado di garantire: la continuità dell'assistenza, anche attraverso l'implementazione di protocolli condivisi che assicurano l'integrazione Ospedale –Territorio; la gestione integrata dei pazienti attraverso l'implementazione di percorsi socio-assistenziali nonché la promozione della salute e l'implementazione della medicina di iniziativa. La realizzazione di tali modelli organizzativi muoverà dall'individuazione sia della densità di popolazione cui gli stessi fanno riferimento che del numero dei medici che vi afferiscono nonché dalla definizione del proprio sistema informativo/informatico connesso al sistema aziendale e regionale.

Relativamente alle UCCP, inoltre, la Regione prevede la possibilità di realizzare tre diversi modelli organizzativi a seconda della densità abitativa e del territorio di riferimento:

- UCCP a sede unica (modello metropolitano) situate in un luogo ad alta densità di popolazione non superiore a 30.000 ab. con un numero di medici (MMG) non inferiori a 20;

- UCCP in rete (modello rurale e montano a bassa densità abitativa) con una o più sedi di riferimento correlate alle necessità della popolazione assistita e con un numero di MMG non inferiore a 10;
- UCCP secondo il sistema Hub and Spoke (modello sub urbano) con una sede nel luogo a maggiore richiesta assistenziale collegata telematicamente alle altre sedi dislocate sul territorio di riferimento e con un numero di MMG non inferiore a 15.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La Regione Campania risultava per l'anno 2012 inadempiente in quanto si rilevava che la relazione inviata sul Piano di indirizzo per la riabilitazione, prevista dai criteri per la verifica degli adempimenti 2012, non rappresentava l'effettiva realizzazione delle attività e delle iniziative del Piano.

Tuttavia, la Regione ha trasmesso una relazione da cui si evince lo stato di avanzamento del Piano di indirizzo per la Riabilitazione e che sono stati definiti i percorsi terapeutici previsti per la verifica 2012. Risulta pertanto superata l'inadempienza per l'anno 2012.

Per quanto riguarda i percorsi terapeutici riabilitativi previsti dal Questionario 2013, la Regione dichiara di aver definito i percorsi per la frattura del femore (DCA 132/2013) e percorsi riabilitativi unici integrati quali: persona con ictus, persona affetta da BPCO e persona con disordine della coscienza da grave cerebrolesione acquisita. Inoltre, ha inviato il verbale della riunione del gruppo di lavoro regionale per l'implementazione del Piano di indirizzo della riabilitazione.

Per quanto riguarda gli indicatori di appropriatezza e efficacia dei ricoveri post-acuti la Regione risulta avere un trend in miglioramento nel triennio 2011-2012-2013 (vedi tabella allegata).

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La Regione Campania risulta sufficiente per 4 item su 5.

Tra le criticità si segnala, in particolare, l'assenza di misure appropriate a seguito delle risultanze degli audit regionali, ai sensi dell'art 4 (6) del Reg. 882/2004.

Inoltre, per quanto riguarda gli indicatori di performance, si riscontra un livello di attività insoddisfacente per le profilassi di eradicazione BRC oltre che per la percentuale dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione.

Per i flussi informativi veterinari la Regione ha conseguito un buon livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (sufficiente con un punteggio pari al 89% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili, per le attività di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte e per l'attività di sorveglianza per la BSE oltre che la rendicontazione incompleta riguardo ai flussi di attività di audit sulle Autorità Competenti locali (vedi tabelle allegate).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

La Regione Campania dichiara che con Decreto Commissariale 127 del 23/12/2013 ha demandato alle Aziende sanitarie regionali l'adozione dei provvedimenti e delle azioni necessarie a garantire la concreta attuazione delle disposizioni contenute nelle Linee Guida nazionali per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini ma non fornisce alcuna informazione circa le aziende che hanno avviato i servizi di refertazione digitale né lo stato di avanzamento del processo.

Il dato relativo all'indicatore "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini" inizialmente non è disponibile. A tal proposito la Regione trasmette la nota prot. 353969 del 23 maggio 2014 con

la quale ha fatto richiesta alle aziende di provvedere a fornire le informazioni utili al calcolo dell'indicatore entro il 27 maggio 2014 "al fine di poter assolvere agli obblighi Lea". Infine, con nota del 13 febbraio 2015 la Regione ha trasmesso una tabella che riporta le informazioni utili al calcolo dell' indicatore suddetto, che risulta essere pari al 57%.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

SI RINVIA AL PUNTO L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

La Regione Campania 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 quattro anni. Benché la Regione abbia raggiunto risultati incoraggianti sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, ha ancora importanti margini di miglioramento nella regolamentazione della propria spesa farmaceutica regionale, che supera il tetto prefissato per entrambi le voci di spesa (13,58% per l'assistenza territoriale al lordo della "quota eccedente i prezzi di riferimento dei farmaci" rispetto al tetto del 11,35% e 4,34% per l'assistenza ospedaliera rispetto al tetto del 3,5%).

La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica allegata al Questionario.

La riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale sul FSR nel triennio 2010-2012 è stata dovuta all'effetto dei provvedimenti di livello nazionale e alle diverse deliberazioni emanate dalla Regione in questo ambito assistenziale, tra cui il monitoraggio informatizzato delle prescrizioni di prestazioni farmaceutiche e di assistenza specialistica e il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva per le categorie di farmaci a maggior spesa rappresentano gli interventi che hanno avuto il maggiore impatto economico.

Nel corso del 2013 gli unici risparmi ottenuti in questo ambito assistenziale sono dovuti all'incentivazione all'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la Regione evidenzia nel 2013 un'inversione del trend dell'incidenza della spesa sul FSR rispetto al triennio 2010-2012.

La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, aggiornato una sola volta nel corso del 2013 e trasmesso all'AIFA.

Infine, ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, con un mese di anticipo rispetto alla media delle 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 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

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

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 98% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 97% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.

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

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 98% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Campania ha trasmesso il DCA 18 del 18/02/2013 relativo all'approvazione dell'atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie, che recepisce gli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art.12 comma 1 lettera b) del Patto per la salute 2010-2012, approvati in sede di Comitato Lea 26 marzo 2012.

Dai dati del Conto Annuale si evidenzia che la regione Campania non ha raggiunto la copertura totale del flusso informativo Tab.1G per l'anno 2013. Tale carenza determina una sottostima del numero regionale di strutture semplici e complesse, previste ed assegnate, e non permette di effettuare, ai fini della verifica dell'adempimento, un confronto con il numero di strutture regionali da standard per l'anno 2013.

Si informa la Regione che il numero delle strutture complesse da standard, elaborato in base ai posti letto ospedalieri pubblici (11.722 p.l.) attivi al 1 gennaio 2013 è pari a 1100 e il numero di strutture semplici, elaborato in riferimento alla popolazione residente (5.769.750 ab.), è pari a 1440.

Infine, la Regione ha inviato il DCA 28 del 16/06/2014 che recepisce l'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013.

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad inviare i dati per il raggiungimento della copertura totale del flusso informativo Tab.1G del Conto Annuale 2013.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di aver recepito il Piano nazionale per la malattia diabetica con DCA 26 del 3 giugno 2014 recante "Recepimento Accordo Stato - Regioni Piano per la malattia diabetica".

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	RISPOSTA	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**99,15%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**97,22%**	**2**	**2,0**	

9	RIA 11	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	**98,72%**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**99,15%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**99,12%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
14	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%	**97,26%**	**2**	**6,0**	
15	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%	**93,29%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**50,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	PUNTEGGIO	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**92,47%**	**1**	**3,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	

4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**1,86**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**1,93**	**2**	**4,0**	

6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**1,80**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**-**	**1**	**1,0**	

9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**1,97**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**1,75**	**2**	**1,0**	

11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,97**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,96**	**2**	**4,0**	

13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**1,83**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,003%**	**2**	**6,0**	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**85,21%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**46,0**	**BUONA**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**50,0 - ADEMPIENTE**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**2**	**46,0 - BUONA**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**peso**	**risultato**	**risultato*peso**	**Note**
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**2**	**4**	
						8	**ADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	
208	Malattie delle vie biliari senza CC	

227	Interventi sui tessuti molli senza CC	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	

377	Diagnosi relative a post parto e post aborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (Contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	13%	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	64%	0
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/ (numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80%	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	86,7%	15

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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	U.3: 37,9% Indicatore Griglia LEA: 7% % missing: 31%	0
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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore **"**Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 50,8% Anno2012: 47,2% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 52,1%	0
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 6,3% Anno2012: 5,7% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 3,7%	0

U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	Definizione PASSI: Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati Definizione Istat: Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 43,6% Anno 2102: 39,3% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 57,3%	0
U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	6,08%	10
U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): dato non pervenuto	0
U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): dato non pervenuto	0

U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 51,4%	0
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**55**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	18,5	14,7	16,9	13,5	16,0	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	9,7	10,2	9,6	10,5	9,9	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	15,4	9,3	15,9	9,1	11,9	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	≥ 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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	≥ 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	**≥99,7%**	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	<95%
4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	**≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma**	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	**attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9**	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte
7	**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**	**>= 98%**	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%

8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	<160 e ≥120	**<120 e ≥50**	< 50
9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	**≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM**	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre	< 70% in almeno 2 categorie
10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 72/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Numero indicatore	Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità					
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	*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**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.Lgs 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	6	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	**2**	**12**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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***	**2**	**8**	
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	4	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***	**2**	**8**	
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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (46% pari a 4024 controlli su 8689)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	*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 [vedere annotazione]	*< 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 "***	**2**	**16**	
9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	***<85% di bovini morti testati per BSE (56,18%)***	*≥ 85% di bovini morti testati per BSE*	**1**	**3**	
10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	

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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	*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 i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**8**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	
13	**CONTROLLO SANITARIO DELLE POPOLAZIONI SUINE - anagrafe:** D.lgs 26/10/2010 n. 200 che stabilisce modalità di identificazione e registrazione suini; **malattia di Aujeszky:** D.M. 1-4-1997 e DM 30 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*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, D.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	*< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	***≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report***	**2**	**12**	

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	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	***validazione effettuata entro la scadenza prevista***	**2**	**8**	
16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, 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 annotazione]	***numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte (29% pari a 149 controlli su 519)***	*numero di audit uguale o superiore al 30 % del totale del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte*	**1**	**5**	
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	*< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati*	***≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati***	**2**	**10**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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 annotazione]	*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***	**2**	**12**	

19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	*arrivo dei dati oltre il termine*	***arrivo dei dati entro il termine***	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	***> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale (6 campi)***	*≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	**1**	**8**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2013 *è stato basato su un riconoscimento condizionato*	***almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	*meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	***almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04***	**2**	**8**	
21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	*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 2013 [vedere annotazione]	***tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013 (dati non completi)***	*tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013*	**1**	**5**	

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 D.lgs n. 194 del 19.11.2008; DM 24/01/2011 "modalità tecniche per il versamento delle tariffe e la rendicontazione"	6	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 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	***allegato 3 inviato, corretto e completo***	**2**	**12**	
	TOTALE	100								**178**	

SUFFICIENTE punteggio pari al 89% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha rispettato l'adempimento in oggetto garantendo sia l'invio dei dati al NSIS, sia la qualità richiesta. Ha inoltre provveduto alla trasmissione degli allegati 5 e 6 del modello LA e alla relativa riconduzione ai livelli di assistenza.

Statistici

ADEMPIENTE

Nell'anno 2012 erano stati condivisi con la regione Emilia Romagna alcuni punti di attenzione concernenti il flusso informativo STS11, per l'ambito delle strutture che effettuano prestazioni di specialistica ambulatoriale, rilevate nel flusso informativo STS21.

Si registra per l'anno 2013 il miglioramento della rilevazione delle informazioni su entrambi i flussi informativi.

La copertura e la qualità dei dati rilevati nelle fonti informative oggetto di verifica risultano buone (vedi tabelle allegate).

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Emilia Romagna con un punteggio pari a 204 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Tuttavia si segnalano delle criticità per gli indicatori 1.2 "Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)" e 6.3 Contaminanti negli alimenti di origine vegetale - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

In via preliminare si segnala che in sede di valutazione 2012 la Regione era stata considerata adempiente con impegno a dare concreta attuazione alla riorganizzazione della rete ospedaliera.

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2014, la regione Emilia Romagna ha una dotazione complessiva di 19.006 posti letto, pari a 4,27 per 1.000 abitanti, di cui 3,46 per pazienti acuti (15.379 posti letto) e 0,82 per riabilitazione e lungodegenza (3.627 posti letto).

L'offerta di posti letto regionali mostra, nel triennio di riferimento (anni 2011-2012-2013), un trend in decremento.

Tuttavia, la dotazione di posti letto si mantiene al di sopra degli standard di riferimento anche nell'anno 2013. In riferimento a tale tematica, la Regione ha trasmesso una relazione di sintesi delle attività di riorganizzazione della rete ospedaliera, la DGR 152/2014 inerente la cessazione delle attività di ricovero ordinario e a ciclo diurno presso alcuni stabilimenti ospedalieri e la DGR 217/14 relativa all'approvazione di linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2014. Tali documenti risultano in linea con i disposti della L. 135/2012.

Pertanto, vista la tendenza in decremento dei valori di dotazione di posti letto per l'anno 2013, può considerarsi superato l'impegno dell'anno 2012.

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. 135/2012 già nell'anno 2011 (156,84), con un ulteriore decremento nel 2012 (154,74) e nel 2013 (149,93).

La quota di ospedalizzazione per il regime diurno è lievemente eccedente il valore del 25% nell'anno 2011 (con un differenziale di 0,5); nell'anno 2012 il valore risulta pari al 24,5% e nel 2013 a 24,12%, e quindi è ricompreso all'interno dello standard individuato dalla norma di riferimento.

La Regione non ha trasmesso documentazione in quanto già in linea con gli standard.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La Regione Emilia Romagna con una percentuale pari al 6% di DRG critici, inferiore al valore mediano (10%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza.

Si segnalano le criticità per i DRG 008, 062, 268, 324, 339, 343, 429 e 538 (vedi tabella allegata).

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 solo il campo "Garanzia tempi attesa" presenta una valorizzazione inferiore alla soglia prevista (90%) e precisamente del 84,28% (I semestre) e del 80,45% per il II semestre.

H.1.2 Allo stato attuale non è possibile misurare i due indicatori (che concorrono alla valutazione di adempienza per l'anno 2013) previsti 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 attività di monitoraggio ex ante. Per l'anno 2013 non raggiunge la soglia prevista del 90% sia per la Classe B che la Classe D nelle due settimane indice.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Dai dati pervenuti risulta che la Regione Emilia Romagna riguardo il campo "Data di prenotazione" non raggiunge la soglia del 90% prevista, mentre per il campo "Classe di priorità" la soglia è superata.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni

Dai dati pervenuti risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

H.4.2 La Regione fornisce indicazioni alle Aziende sanitarie su come calcolare i tempi dei nuovi appuntamenti.

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.

H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa

Sono state date alle Aziende Sanitarie indicazioni per pubblicare i dati inerenti i tempi massimi di attesa, le modalità di accesso e le percentuali di garanzia delle prestazioni ambulatoriali presenti nel PNGLA 2010- 2012.

Inoltre è stato creato un portale regionale (www.TDAER.it) al quale ciascuna Azienda Sanitaria, nella sezione Liste di attesa del proprio portale, ha attivato il collegamento.

Per quanto riguarda le prestazioni di ricovero ciascuna Azienda Sanitaria ha provveduto alla pubblicazione dei tempi massimi di attesa nell'ambito dell'applicazione della normativa sulla trasparenza nella Pubblica Amministrazione.
Contestualmente, a livello regionale, i dati inerenti i tempi di attesa retrospettivi per le prestazioni oggetto di monitoraggio (fonte SDO) sono pubblicati all'indirizzo Internet *www.saluter.it/siseps/sanita/sdo/analisi-statistica/reportistica-predefinita-sdo/*. Il sito è accessibile a tutti i cittadini.

In relazione alla criticità relative al monitoraggio ex post, come convenuto nella riunione del Comitato Lea del 17 dicembre 2014, è stato chiesto alla Regione di trasmettere le tabelle di transcodifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, laddove il codice della prestazione sia diverso dal codice nazionale del nomenclatore di specialistica ambulatoriale, nonché le tabelle di transcodifica delle strutture sanitarie, laddove la codifica delle stesse sia diversa dalla codifica di riferimento di cui al modello STS11, in modo da consentire la rielaborazione dei dati necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa.
La Regione ha trasmesso nel mese di gennaio 2015 le tabelle di transcodifica richieste. Dopo valutazione e analisi dei dati pervenuti dal competente ufficio della DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, la Regione viene considerata adempiente. Si suggerisce alla Regione di provvedere alla piena risoluzione delle criticità sollevate per il monitoraggio ex ante e il monitoraggio delle attività di ricovero (nello specifico solo data di prenotazione per DH).

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA
La Regione Emilia Romagna ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 776,5 milioni di euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 11,35% del Fabbisogno sanitario regionale dello -1,58% (-125,4 mln di euro). La spesa ospedaliera, come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 376,7 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del Fabbisogno sanitario regionale del 1,24% (98,6 milioni di euro).
La Regione Emilia Romagna evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente all'interno dei livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un avanzo di -26,8 mln di euro.
Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.
Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.
Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2013.

Regione: EMILIA ROMAGNA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	560.567.262	7,05%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	10.000.012	0,13%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	11.024.728	0,14%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	11.058.733	0,14%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	233.523.891	2,94%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	69.438.204	0,87%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	14.544.166	0,18%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	54.894.038	0,69%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	776.551.846	9,77%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	7.946.719.414	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	901.952.653	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-125.400.807	-1,58%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**776.551.846**	**0,09772**
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	652.349.143	8,21%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	44.008.809	0,55%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	6.783.276	0,09%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	1.737.368	0,0219%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	3.028.963	0,04%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	363.266.836	4,57%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	7.946.719.414	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	278.135.179	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	12.029.000	0,15%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	0	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	42.565.828	0,54%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**376.738.817**	**4,74%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	98.603.638	1,24%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione viene considerata adempiente sulla base della DGR n. 8076 del 08/07/2013.

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. Il rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi è individuato tra gli obiettivi di mandato all'atto delle singole nomine dei Direttori Generali.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici per il periodo gennaio-dicembre 2013, 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.

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 96% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1 - S.2

ADEMPIENTE

La Regione presentava per l'anno 2012 un'adempienza con impegno ad adeguare le quote di compartecipazione al DPCM Lea, data la presenza di una quota a carico del Comune/utente per i trattamenti intensivi a malati cronici non autosufficienti R1 e di percentuali di oneri indicate non in linea con la normativa nazionale.

A tale proposito la Regione trasmette la DGR 557/2014 con la quale viene tolta a partire dal primo maggio 2014 la quota di 14 euro a carico dei pazienti con gravissima disabilità inseriti nelle strutture residenziali con elevata intensità assistenziale.

Relativamente all'allineamento al DPCM Lea per la percentuale di oneri a carico del sociale (trattamenti socio-riabilitativi residenziali a persone con disturbi mentali), nel Questionario 2013 la Regione dichiara al punto y) – Lea aggiuntivi che le prestazioni residenziali in strutture socio-sanitarie per pazienti della salute mentale adulti sono incluse tra i livelli ulteriori di assistenza.

A seguito delle precisazioni riportate dalla Regione si considera superato l'impegno per l'anno 2012.

Per l'anno 2013 il punteggio totale riportato dalla Regione è di 19 punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale dell'anziano non autosufficiente in cure domiciliari: 1 punto

Offerta assistenziale: 9 punti

Ripartizione degli oneri: 9 punti.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 100%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 97,22%

Esito: Adempiente

Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 10,39

Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1

N. Pic erogate 28.406 Tasso di prese in carico 6,49

CIA Livello 2

N. Pic erogate 10.939 Tasso di prese in carico 2,50

CIA Livello 3

N. Pic erogate 1.717 Tasso di prese in carico 0,39

CIA Livello 4

N. Pic erogate 6.010 Tasso di prese in carico 1,37

Totale PIC erogate 47072

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta che:

Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 97,34%

Esito: Adempiente.

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 97,60%

Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 7,17

Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		Totale assistiti (*)
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
0	0,00	11167	2,55	458	0,10	14571	3,33	26065	5,98	4695	1,07	652	0,15	5307	1,22	31372

(*) Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione. La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbe non corrispondere con il valore in Totale assistiti. Infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

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) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Emilia Romagna risulta pari a 100 ovvero superiore al valore soglia fissato per l'esito di adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

In via preliminare si osserva che la Regione ha risolto l'impegno relativo alla verifica 2012 nominando con DGR 3219 del 12/03/2014 i componenti dell'Osservatorio Regionale.

Per quanto riguarda l'anno 2013, la Regione ha trasmesso la DGR 199/2013, con cui dichiara di aver individuato gli obiettivi regionali sulla base dei quali ciascuna Azienda Sanitaria predispone i Piani formativi che si pongono alla base della pianificazione e programmazione formativa regionale.

Allo stato attuale risultano accreditati n. 22 provider sulla base dei requisiti strutturali e funzionali contenuti nel manuale di accreditamento approvato dalla Commissione Regionale nella riunione del 12 dicembre 2013 e inviato al CTR per il relativo parere. Dichiara che ciascun provider invia i report dei partecipanti agli eventi formativi al COGEAPS e alla Regione utilizzando il tracciato unico definito dalla Commissione Nazionale Formazione Continua.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE

La Regione ha emanato, con DGR 1598/2011, il Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente anziano con frattura di femore e con DGR 1133/2013 ha diffuso le indicazioni regionali sulla gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco (Linee di indirizzo regionali "Organizzazione dell'assistenza integrata al paziente anziano con fratture di femore - approvazione linee guida per le aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna").

Dalla documentazione trasmessa, congiunta alle informazioni ricavate usando i link indicati, risulta che sono formalmente avviati e monitorati i PDTA segnalati.

La Regione dichiara di effettuare il monitoraggio dei PDTA individuati sostanzialmente attraverso indicatori elaborati dai Flussi amministrativi correnti annuali e la condivisione dei risultati con le direzioni aziendali e con i professionisti del settore.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di garantire prestazioni aggiuntive in numerose aree assistenziali.

La Regione trasmette la DGR 999 del 07/07/2014 recante "Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 – Nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 - Adempimenti ex articolo 4, comma 1, lettera c) - Provvedimento ricognitivo delle prestazioni aggiuntive rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza erogate nell'anno 2013".

Nel provvedimento ricognitivo sono indicati i singoli livelli aggiuntivi con indicazione della stima dei costi 2013 (€ 155.710.097,38).

Dal modello LA 2013 - Allegato 5 risulta che la Regione garantisce le seguenti prestazioni (per un totale di € 172.602.000):

- Certificazioni mediche
- Assegno di cura
- Contributo pratica riabilitativa metodo Doman
- Prodotti aproteici
- Prestazioni aggiuntive MMG e PLS previste da Accordi regionali/aziendali
- Farmaci di fascia C per persone affette da malattie rare
- Altre prestazioni escluse dai Lea – altro.

In seguito alla richiesta di chiarimenti circa la differenza esistente tra la somma indicata nel provvedimento ricognitivo (DRG 999/2014) e quella risultante dall'Allegato 5 al modello LA, la Regione dichiara che la differenza è imputabile alle prestazioni di ricerca che "*sono state riportate nell'Allegato 5 in quanto non riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza, ma non sono state riportate nella DGR 999/2014 in quanto non assimilabili alle prestazioni extra LEA*".

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione ha recepito l'Intesa del 20/12/2012 in materia di accreditamento in data 02/07/2013 con DGR 894/2013. La documentazione trasmessa fornisce parziali riscontri sull'iter di accreditamento istituzionale per le strutture socio sanitarie.

Tuttavia, alla luce del Decreto Legge n. 150 del 30 dicembre 2013 convertito in Legge n. 15/2014 che ha prorogato i termini per tali tipologie di strutture socio sanitarie e dell'impegno assunto dalla Regione ad assicurarne il completamento entro il 31/10/2014, i chiarimenti possono essere considerati esaustivi, salvo verificarne l'effettiva realizzazione.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali dichiarando che, nel corso del 2013, non sono state attivate nuove sperimentazioni gestionali. Le precedenti sperimentazioni sono state tutte convertite in regime ordinario prima dell'anno 2013.

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.

Con riferimento al service di laboratorio la Regione aveva specificato, nel corso della verifica dell'anno 2012, che la regolamentazione del service era 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 Regione ha allegato la normativa di riferimento.

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 al Ministero della Salute il report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche in cui riporta quanto già descritto nel report inviato per la verifica Lea 2012.

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 nel complesso di eseguire una percentuale di controlli pari al 19,4% nelle strutture pubbliche e 58,3% per le strutture private. Per quanto riguarda i risultati dei controlli, risulta non confermato il 16,4% delle cartelle cliniche per le strutture pubbliche e l'8% per le private. Si segnala, tuttavia, che la soglia del 10% dei controlli casuali non è raggiunta per alcune strutture pubbliche e per la struttura "Ferrara day surgery"; si richiedono chiarimenti al riguardo.

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 3,1% e 5,7%, rispettivamente per le strutture pubbliche e private, dei controlli sulle cartelle cliniche. Nel campione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza, risulta non confermato il 17,8% delle cartelle cliniche controllate per le strutture pubbliche e il 23,4% per le strutture private. Nella suddetta Tabella 2, non è riportata alcuna attività di controllo per alcune strutture pubbliche e private.

Per quanto riguarda l'impatto economico dei controlli sanitari, per il campione casuale, il recupero a livello del budget dei ricoveri relativi all'anno 2013 a seguito dei controlli effettuati risulta essere pari a 0,24% e 1,05%, rispettivamente per pubblico e privato, mentre non vengono indicate le misure adottate per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza.

La Regione trasmette ulteriore documentazione, con la quale fornisce le integrazioni e i chiarimenti richiesti. Per quanto concerne l'impatto economico dei controlli sanitari per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza, la Regione precisa che non sono indicate le misure economiche adottate in quanto, trattandosi di controlli interni, la valorizzazione della SDO viene determinata soltanto dopo aver effettuato il controllo.

In riferimento alle Tabelle 1 e 2, fornisce il dettaglio delle problematiche relative ad alcune strutture e i dati mancanti di altre.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE

La Regione ha certificato il dato della spesa protesica per l'anno 2012, che risulta non coerente con i dati del modello LA. La Regione ha giustificato il motivo della discrepanza, attribuibile a quella parte degli ausili registrati nel livello assistenza domiciliare e nell'area anziani residenziale e semiresidenziale.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

In sede di prima valutazione la Regione viene considerata adempiente con impegno a provvedere, nell'ambito della rete di terapia del dolore, all'identificazione dei centri Hub e Spoke e delle relative prestazioni erogate nonché a riportare gli indicatori per la verifica del raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi e strutturali entro i valori di riferimento.

Successivamente, la Regione trasmette integrazioni documentali relative a determinazioni assunte in tema di rete di terapia del dolore che, a disamina effettuata, si considerano esaustive nel merito. Tuttavia, non vengono apportate modifiche ai suddetti indicatori, dei quali il n. 7 risulta elevato e il n. 5 viene riferito "non calcolabile" (come già in sede di verifica 2012). A riguardo la Regione trasmette ulteriore documentazione, con cui segnala che "né il flusso informativo ministeriale (flusso SIAD - NSIS, secondo il DM 17 dicembre 2008 e s.m.) né il flusso regionale ADI, che ha recepito le indicazioni del flusso nazionale fin dal 2010, rilevano l'informazione sulla data di segnalazione del caso. Ne consegue che, in mancanza di questo elemento informativo, l'indicatore non è certamente calcolabile". A tal proposito, si ritiene di dover richiamare i contenuti delle Note per la compilazione del Questionario 2013 che, in riferimento al calcolo dell'indicatore in parola, fornisce le seguenti indicazioni: "per 'presa in carico' si intende la data di primo accesso domiciliare da parte di un sanitario dell'equipe di cure palliative. Per 'segnalazione del caso' si intende la data di ricevimento da parte della Rete della proposta di attivazione di un programma di cure domiciliari. In caso di dimissione dall'ospedale, per data di segnalazione si intende la data di dimissione dall'ospedale".

Tali istruzioni operative sono state condivise con le Regioni preliminarmente all'avvio delle verifiche 2013, pertanto non si ritengono condivisibili, in questa fase, le motivazioni addotte per la mancata indicazione del dato. La Regione è considerata adempiente con impegno a sanare l'anomalia in questione.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di completezza per ASL

Disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento: SI

Esito: Adempiente

N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 22/22 (100%)

Esito: Adempiente.

AO.3

ADEMPIENTE

La Regione ha ottemperato agli adempimenti relativi al percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

Gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl hanno consentito nel 2013 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, così come previsto dall'Accordo "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'allegato C del DPCM 1 aprile 2008" del 13/10/2011.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha effettuato il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni; risultano rispettati i requisiti richiesti, dal momento che la Regione dichiara che le 15 Raccomandazioni del Ministero sono state implementate con un livello superiore al 70%.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

Le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni sono 13 su 18, rappresentando il 72% e superando in tal modo il valore del 60% richiesto.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione non ha trasmesso alcuna documentazione relativa ai corsi attivati nel 2013.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria

La Regione effettua il monitoraggio dell'utilizzo della Check list di chirurgia tramite un sistema informativo dedicato. Dai dati forniti emerge che 247 UO chirurgiche regionali su 450 (il 55%) utilizzano la Check list di chirurgia. Il criterio per l'adempienza (percentuale del 75%) non è raggiunto.

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione afferma di effettuare un monitoraggio, tuttavia non è stato inviato il report.

AS.6 Prevenzione delle cadute

La Regione dichiara di non aver predisposto un piano per la prevenzione delle cadute.

AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione ha individuato i referenti regionali SIMES, tuttavia non viene fornita alcuna documentazione o atto di nomina degli stessi. La Regione dichiara di non aver attivato un sistema di monitoraggio con indicatori e standard per la valutazione dei piani di miglioramento.

Alla luce di quanto sopra esposto, si chiede alla Regione di conoscere il numero esatto delle UO chirurgiche, che da documentazione trasmessa a dicembre 2014 risultano essere 271, ma che nel Questionario 2013 risultano essere 450 e nel precedente Questionario 2012 470.

Si chiede inoltre di verificare anche il numero delle UO che utilizzano la Check list in quanto, nella documentazione di cui sopra la Regione dichiara che è pari a 217 (174 + 43), ma nel Questionario 2013 risulta pari a 247 e nel Questionario 2012 a 244.

In risposta alle succitate richieste, la Regione trasmette documentazione integrativa, ritenuta esaustiva nel merito.

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

Rispetto all'indicatore:

- "Numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici nell'anno 2013" la Regione dichiara che nel 2013 sono stati attivati i seguenti punti di prenotazione: 225 sportelli CUP aziendali, 400 punti di accettazione (dato da confermare), 15 CUP telefonici e 1199 farmacie;
- "Numero di prenotazioni effettuate nell'anno 2013" la Regione dichiara 5.398.760 prenotazioni effettuate nell'anno 2013;
- "Misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate nell'anno 2013" la Regione dichiara uno scarto nell'anno 2013 pari al 79% delle ricette prenotate a CUP;
- "Rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell'anno 2013" la Regione individua nel 17% la percentuale di mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell'anno 2013.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 100,15%

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 99%

Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i SerT 2012: 100%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: 99,1%

Il codice 99 non noto/non risulta è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.
Esito: Adempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 228
Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,25.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE
La relazione trasmessa dalla Regione descrive adeguatamente le attività poste in essere per la realizzazione del FSE.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE
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 (Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010).
1.1-1.2 Sono stati presentati i riepiloghi delle visite ispettive effettuate e di quelle programmate, sia per i Servizi Trasfusionali (ST) che per le Unità di Raccolta (UdR) nel periodo 2012-2014.
1.3 Si prende atto che la documentazione ricevuta dimostra l'avvio del processo di convalida delle procedure di congelamento del plasma.
AAE.2 Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali (Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011).
E' stato istituito il Programma Plasma e Sangue di Area Vasta triennio 2013-2015 all'interno del Piano Sangue e della Consulta tecnica regionale con il coinvolgimento dei professionisti del sistema trasfusionale comprese le associazioni; è stato inoltre predisposto un programma per la valutazione del monitoraggio di attività e dei risultati dei Comitati ospedalieri per il buon uso del sangue.
AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle Unità di Raccolta del sangue e degli emocomponenti (Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012)
Sono stati effettuate attività di formazione come richiesto e attivata nel 2012 l'unificazione delle attività di laboratorio presso una sola struttura, in attuazione al progetto LUM (Laboratorio Unico Metropolitano).
AAE.4 Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) (Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013)
L'Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013 è stato recepito con la DGR 1304 del 16/09/2013 "Recepimento dell'Accordo tra il governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 13 marzo 2013, rep. atti n. 66/CRS".

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
In via preliminare, si apprezza la franca consapevolezza espressa dalla Regione Emilia Romagna, nella relazione inviata, circa le molteplici criticità presenti nei PN al di sotto dei 500 parti ancora attivi.
Entrando nel merito, la Regione era stata valutata nella verifica 2012 adempiente con impegno ad inviare una serie di dettagliate informazioni tra cui la tempistica di realizzazione del progetto relativo all'attivazione STAM e STEN. Dalla relazione trasmessa si evince che, con Delibera n. 1603 del 11 novembre 2013, la Regione ha emanato le linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la realizzazione di un Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM) e di un Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN). Di fatto, laddove si relaziona sulla situazione di realizzazione di STAM e STEN, si fa riferimento all'organizzazione del Sistema di trasporto in emergenza del neonato, ma

nulla viene detto in merito alla prevista organizzazione del Sistema di trasporto assistito materno e la mancata trasmissione della suddetta delibera non permette di valutare la presenza, nel suo contesto, di indicazioni sullo STAM. Inoltre, la Regione dichiara che solo nella provincia di Reggio Emilia sono attivi sia STAM che STEN, mentre nelle altre province si evidenzia la seguente situazione:

- Provincia di Parma - non risulta avviata la progettazione;
- Provincia di Modena -sono in corso due gruppi di lavoro, uno sull'attivazione dello STEN e uno sullo STAM per definire le procedure di avvio di entrambi i percorsi entro il 2014;
- in Area Vasta Emilia Centro (AVEC) è stato attivato lo STEN unicamente tra il punto nascita di Bentivoglio e l'Hub dell'Ospedale Maggiore di Bologna. E' in corso il lavoro di progettazione per la realizzazione delle indicazioni regionali, ma non è chiaro se il riferimento è alla attivazione solo del previsto STEN di Area Vasta Emilia Centro, integrato per la provincia di Bologna e Ferrara dove sono presenti 3 Hub e 6 Spoke, oppure si prevede anche l'attivazione dello STAM
- in Area Vasta Romagna (AVR) è in corso il lavoro di progettazione per la realizzazione delle indicazioni regionali.

Inoltre, nella verifica 2012 si chiedeva di relazionare circa gli esiti delle valutazioni effettuate e quindi la definizione conclusiva della rete dei Punti Nascita, con il relativo cronoprogramma di attuazione della riorganizzazione, con particolare riguardo ai PN con un numero di parti/anno < 500. Nelle note inviate per la verifica 2012, la Regione Emilia riferiva su 4 PN con un numero di parti < 500/anno: Pavullo nel Frignano, Castelnuovo Ne' Monti, Borgo Val di Taro, Porretta Terme. Una primo rilievo da fare, che nasce dalla disamina del report inviato al Comitato percorso nascita nazionale, relativo al 2° semestre 2012 - 1° semestre 2013, è che in tale documento la Regione dichiarava "*in Regione Emilia-Romagna sono attualmente ancora attivi 7 punti nascita con un numero di parti inferiore a 500 (dati CeDAP 2012) di cui 5 pubblici, uno privato accreditato ed uno privato*". Tale affermazione contrasta con quanto dichiarato nella tabella al punto AAF.1.1 del Questionario 2013, ove si identificano ugualmente 7 PN con un numero di parti/anno < 500, ma 6 sono pubblici e 1 è privato accreditato. Scendendo nel dettaglio dei Punti nascita con un numero di parti/anno < 500, si rappresenta che la dichiarazione della Regione "*la gestione da parte di un'unica équipe di due punti nascita, di cui uno molto piccolo, comporta la necessità di rotazione dei professionisti, non sempre accolta favorevolmente dagli stessi, e determina una diminuita presenza di figure di riferimento stabili nel punto nascita più disagiato. Si è arrivati ad un'organizzazione di questo tipo, oltre che per garantire la clinical competence, anche per la difficoltà di reperire nuovi assunti disponibili a prestare servizio in punti nascita disagiati e a bassa attività. La rotazione dei professionisti può essere, nel tempo, un elemento favorente per le gravide a scegliere come centro di riferimento il punto nascita più grande dove lavorano in modo più continuativo i professionisti e per motivi di sicurezza*" solleva grandi perplessità sull'opportunità di mantenere attivi tali punti nascita, poiché la scelta relativa alla loro chiusura non può nascere sulla base dei "desiderata" dei professionisti o essere forzatamente imposta alle donne a causa dell'assenza di tali professionisti presso i piccoli centri nascita, ma deve nascere da considerazioni organizzative che valutino requisiti quali appropriatezza, qualità e sicurezza.

Inoltre, la Regione dichiara l'avvenuta chiusura del PN di Porretta nel febbraio 2014, ma chiede la deroga per i PN di Pavullo nel Frignano, Castelnuovo Ne' Monti, Borgo Val di Taro, i quali, come da schede allegate, presentano diverse problematiche rispetto alla presenza degli standard previsti nell'Accordo del 2010. A tal riguardo si sottolinea che il possesso dei suddetti requisiti rappresenta "conditio sine qua non" per la persistenza dei PN < 500 parti l'anno.

In particolare:

- PN Borgo Val di Taro: per quanto riguarda l'ostetricia vi sono evidenti disallineamenti rispetto agli standard operativi, di sicurezza e tecnologici. Rispetto a questi ultimi, il rilievo sollevato, relativo alla presunta mancanza di bibliografia di supporto e riferimento agli standard proposti, non appare coerente, vista l'adesione della Regione Emilia Romagna all'Accordo del 2010. Per ciò

che concerne la neonatologia/pediatria, anche in questo caso mancano alcuni standard operativi, sono presenti gli standard di sicurezza, mancano alcuni standard tecnologici. La Regione dichiara che è in corso una riorganizzazione delle Unità Operative di ostetricia e ginecologia degli ospedali dell'Azienda USL di Parma (Borgo Val di Taro e Fidenza) in un'unica UO complessa che oltrepassa lo standard dei 1000 parti, ma manca la tempistica di realizzazione.

- PN Castelnuovo ne' Monti: per quanto riguarda l'ostetricia vi sono alcune carenze rispetto agli standard operativi, di sicurezza e tecnologici, in particolare la maggiore criticità è rappresentata dalla presenza di una sola ostetrica e dalla mancanza di guardia ostetrica notturna. Per ciò che concerne la neonatologia/pediatria, si rileva una contraddizione tra quanto contenuto nelle schede inviate che indicano la mancanza di assistenza pediatrica h24 e quanto contenuto in altro documento, nel quale invece si riporta che dal 2013 si è proceduto ad attribuire all'Azienda Ospedaliera l'assistenza pediatrica al punto nascita, con accordi formalizzati nel contratto di fornitura. Viene garantita la pronta disponibilità del pediatra. Anche in questo caso mancano alcuni standard operativi e tecnologici.
- PN Pavullo nel Frignano: per quanto riguarda l'ostetricia vi sono numerose e critiche carenze rispetto agli standard operativi, di sicurezza e tecnologici, mentre, per quel che riguarda la neonatologia, si evidenziano alcune carenze di standard operativi e tecnologici.

Inoltre va segnalato che, anche l'Ospedale del Delta, mai citato nelle precedenti relazioni e che, dai dati CEDAP 2012, risulta aver effettuato 455 parti/anno, presenta carenze negli standard sia per ciò che concerne l'ostetricia che la neonatologia.
Si sottolinea, infine, che pur prendendo atto che l'ospedale di Mirandola che nel 2013 registra un numero di parti uguale a 400, risentendo ancora dell'effetto che ha avuto il terremoto del maggio 2012 sulla popolazione residente, non può tale situazione essere motivo sufficiente per escludere la valutazione della presenza degli standard, poiché sembrerebbe intenzione della Regione mantenere in attività tale PN, in attesa che aumenti il volume di attività.
Infine, si apprezza il deciso impegno della Regione nell'attività formativa, preceduta dalla rilevazione dei bisogni formativi.

Sulla base di quanto relazionato e dalla disamina della documentazione acclusa, è possibile ritenere superato l'impegno 2012, mentre rimane un impegno per il 2013, in quanto esistono ancora carenze e problematicità nel processo di riorganizzazione del percorso nascita; in particolare non sono ancora stati pienamente attivati STAM e STEN e non se ne conosce la tempistica, sul punto nascita di Borgo Val di Taro si dichiara che è in corso una riorganizzazione delle Unità Operative di ostetricia e ginecologia degli ospedali dell'Azienda USL di Parma (Borgo Val di Taro e Fidenza) in un'unica U.O. complessa che oltrepassa lo standard dei 1000 parti ma non se ne definisce la tempistica. Tutti i PN con parti < 500/anno citati presentano alcuni disallineamenti rispetto agli standard dell'Accordo del 2010.

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 I, II livello, PS, PPI. Dalla rendicontazione si rileva la chiusura di quattro PPI, 1 nell'area vasta Emilia Nord (PPI Ospedale di Mirandola), 2 nell'area vasta Emilia Centro (PPI Ospedale di Bondeno e Ospedale di Copparo) ed infine 1 nell'area vasta Romagna (PPI Ospedale Forlimpopoli). Non è stato indicato l'atto formale di tale riorganizzazione.
Il numero delle CO, attive nell'anno 2013, è rimasto identico a quello dell'anno 2012, ma per il 2014 è previsto un accorpamento di 2 di esse (Ferrara e Modena) a quella di Bologna con conseguente riduzione da 7 a 5 CO.

Le informazioni trasmesse relativamente alla presenza di modalità di integrazione tra parte territoriale e ospedaliera, presenza di coordinamento regionale delle attività e la presenza di modalità di raccordo tra l'emergenza-urgenza e la continuità assistenziale risultano invariate rispetto a quanto già trasmesso per l'anno 2012. Si riscontra, tuttavia , che non sono state fornite informazioni sul recepimento dell'Accordo del 7 febbraio 2013.
In riferimento alle reti per le patologie tempo-dipendenti si evidenzia che per la rete trauma, ictus e cardiologica sono presenti degli atti formali di istituzione e sono state approvate le rispettive linee guida e comitati tecnico-scientifici regionali.
In seguito alla richiesta di informazioni relative al monitoraggio dell'attività delle reti, all'atto di riorganizzazione dei presidi ospedalieri, all'Accordo del 7 febbraio 2013 e all'attività di monitoraggio delle reti assistenziali delle patologie tempo dipendenti, la Regione trasmette documentazione integrativa, dalla quale emerge che:

- l'atto formale di riorganizzazione dei presidi ospedalieri della rete emergenza-urgenza è in corso di elaborazione
- l'atto di recepimento dell'Accordo del 7 febbraio 2013, comprensivo anche delle indicazioni del Patto della Salute 2014-2016 e dell'attivazione del numero europeo 116117, è in corso di elaborazione.

Viene inoltre evidenziato che per il monitoraggio delle reti STEMI, STROKE e Trauma maggiore sono stati individuati vari indicatori di processo e di esito che permettono di valutare l'efficacia delle attività svolte.
La Regione ha comunicato in maniera completa le informazioni richieste.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 93,48%
Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con ASL e comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 100%
Esito: Adempiente

Numero accessi in PS per 1000 residenti: 382,74

Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:

N. Accessi EMUR PS per triage all'accesso

B 247.556 V 1.082.400 G 311.974 R 33.239 N 274

N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso

B 287.897 V 981.059 G 307.953 R 25.688 N 1.859 N.A. 70.987

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 99,23%
Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/ totale record campi data-ora: 100,00%

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/ totale record campi data-ora: 98,76%
Esito: Adempiente.

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).

aah) Cure primarie
ADEMPIENTE
La Regione ha continuato nell'anno 2013 il percorso di rafforzamento sia del modello organizzativo Nucleo di Cure Primarie (NCP), che attualmente ritiene possa considerarsi concettualmente sovrapponibile alla Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della Medicina di base, che delle Case della Salute. Il percorso di realizzazione di queste ultime nelle ASL vede attualmente la presenza di 55 strutture funzionanti, sulle 69 programmate, distinte in Case della Salute di tipologia piccola (26), media (17) e grande (12). La progressiva realizzazione delle Case della Salute in ambito territoriale è ritenuto un processo di grande innovazione e cambiamento organizzativo e culturale, che la Regione sostiene sia attraverso l'individuazione di obiettivi strategici nell'ambito delle linee di programmazione e finanziamento che attraverso la costituzione di team di professionisti finalizzati ad incontri di approfondimento per mettere in evidenza le buone pratiche sul territorio e facilitarne la diffusione. Le AFT attivate in base all'Accordo Collettivo Regionale 2011 (DGR 117/2011) sono complessivamente 215 e condividono obiettivi, percorsi assistenziali, linee guida, strumenti di valutazione della qualità assistenziale nonché sistemi di comunicazione informatica. Grande supporto è stato inoltre dato allo sviluppo della medicina di iniziativa attraverso il potenziamento di gruppi di lavoro multidisciplinari.

In seguito alla richiesta di documentazione integrativa relativa all'istituzione delle UCCP, la Regione trasmette una nota dove specifica quanto segue:
- attualmente risultano funzionanti sull'intero territorio regionale 62 Case della Salute, ovvero 7 in più rispetto a quanto indicato nella nota precedente (55), all'interno delle quali sono stati strutturati i modelli organizzativi definiti Nuclei di Cure Primarie (NCP)
- i NCP attivati, possono essere considerati, ai sensi dell'Accordo integrativo regionale 2006 (DGR 1398/2006) e delle indicazioni attuative per il biennio 2013-2014 del Piano Sociale e sanitario dell'Emilia Romagna (DGR 284/2013) come Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) come indicato dalla legge 189/2012 (Decreto Balduzzi)
- ulteriori atti di carattere programmatorio saranno adottati nel rispetto delle indicazioni fornite sia dal Patto per la Salute 2014-2016 che dal nuovo Accordo Collettivo Nazionale della medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, ancora in fase di negoziazione.

aai) Riabilitazione
ADEMPIENTE
La Regione Emilia Romagna ha inviato la documentazione relativa ai percorsi terapeutici riabilitativi attivati. Al riguardo la Regione specifica che le delibere inviate non fissano la durata di ciascuna fase del Percorso né gli indicatori di valutazione dell'esito. L'Emilia Romagna effettua periodicamente il monitoraggio delle reti assistenziali.
Per quanto riguarda l'indicatore di inappropriatezza clinica, nell'anno 2013 la Regione presenta un posizionamento positivo percentuale al di sotto del valore medio nazionale, confermando un trend positivo nel triennio 2011-2012-2013.
Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza a rischio di inefficienza la Regione presenta un posizionamento negativo rispetto al valore Italia nel triennio 2011-2012-2013 (vedi tabella allegata).

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La Regione risulta sufficiente per 4 item su 5.

Tra le criticità si segnala, in particolare, l'assenza di misure appropriate a seguito delle risultanze emerse nel corso degli audit regionali, ai sensi dell'art 4 (6) del Reg. 882/2004.

Per gli indicatori di performance si riscontra in particolare un livello di attività insoddisfacente per la percentuale dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione e per il controllo dei residui fitosanitari.

Per i flussi informativi veterinari ha conseguito un buon livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (sufficiente con un punteggio pari all'88% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente sia per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili che per le modalità di rendicontazione dell'attività riconducibile ai controlli ufficiali per la ricerca di residui fitosanitari (vedi tabelle allegate).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Stante quanto risulta dal valore assunto dall'indicatore calcolato dalla Regione "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale / totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini", le strutture che hanno attivato servizi di refertazione digitale costituiscono il 65% delle strutture pubbliche che erogano prestazioni di diagnostica per immagini.

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) negli ultimi quattro anni.

La Regione ha raggiunto ottimi risultati nella regolazione della spesa farmaceutica territoriale, rimanendo all'interno del finanziamento programmato in corrispondenza del 11,35% (10,46% al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci"), mentre mostra, sul versante della spesa farmaceutica ospedaliera, importanti margini di miglioramento, con un'incidenza del 4,74% sul FSR, rispetto al tetto fissato in corrispondenza del 3,5%. La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica" allegata al Questionario.

Il risultato della progressiva riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale è stato conseguito per effetto delle diverse deliberazioni emanate dalla Regione Emilia Romagna, che hanno generato, anche per effetto dei provvedimenti di livello nazionale, risparmi nel triennio 2010-2012 per circa 98 milioni di euro, cui si aggiungono, nel 2013, i risparmi ottenuti attraverso la promozione della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (circa 24 mln di €), e l'adozione di linee guida per l'uso appropriato dei nuovi farmaci incretino-mimetici e dei nuovi anticoagulanti orali. Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, l'Emilia Romagna evidenzia un'inversione, seppur minima, del trend crescente della spesa ospedaliera. L'elevata incidenza sul FSR è in gran parte collegata alla concentrazione in questo ambito assistenziale dell'acquisto di medicinali innovativi ad alto costo. I provvedimenti emanati dalla Regione sono finalizzati essenzialmente ad una programmazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera attraverso l'aggiornamento del prontuario terapeutico ospedaliero e l'emanazione di Linee Guida per le Aziende Sanitarie nelle singole aree specialistiche.

La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, che aggiorna con una periodicità pressoché mensile ed che è stato 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 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

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

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 100% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.

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

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 100% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

ADEMPIENTE

La Regione Emilia Romagna cita le DGR 732/2011, 653/2012 e 199/2013 che dispongono linee di indirizzo e politiche di razionalizzazione delle strutture complesse e delle strutture semplici e l'individuazione di parametri per il conferimento degli incarichi.

La Regione dichiara una costante attenzione all'adempimento, riportando nella documentazione i risultati dell'azione intrapresa di contenimento delle strutture complesse.

Dai dati forniti dal NSIS con Tab.1G del Conto Annuale, si rileva che la Regione ha previsto per il 2013 un numero di strutture complesse (ospedaliere e non ospedaliere) pari a 1173 e strutture semplici pari a 1519.

Dal calcolo delle strutture complesse da standard, elaborate in base ai posti letto ospedalieri pubblici attivi al 1°gennaio 2013 (14.666 p.l.), risultano pari a 1162, mentre le strutture semplici, riferite alla popolazione residente nella Regione per l'anno 2013 (4.377.487 ab), risultano pari a 1522.

Per quanto riguarda il recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013 relativo a "Elenco nazionale dei Direttori di struttura complessa ai fini della composizione delle Commissioni di valutazione per il conferimento degli incarichi di struttura complessa per i profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario", la Regione dichiara che la delibera è in corso di predisposizione.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di aver recepito il Piano nazionale per la malattia diabetica con DGR 540 del 23 aprile 2014 recante "Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 6 dicembre 2012, rep. Atti n. 233/CSR, sul Piano per la malattia diabetica".

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	RISPOSTA	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**98,65%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**97,96%**	**2**	**2,0**	
9	RIA 11	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	**100,00%**	**2**	**3,0**	

10	STS.14	0,5	% modelli STS14 inviati rispetto alle strutture in STS.11 che hanno segnalato la presenza di apparecchiature	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**98,61%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res. o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
14	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%	**99,31%**	**2**	**6,0**	
15	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%	**97,73%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**50,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	PUNTEGGIO	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**99,63%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	

4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**2,00**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**2,00**	**2**	**4,0**	

6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**1,95**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**-**	**1**	**1,0**	

9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**2,00**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**1,91**	**2**	**1,0**	

11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**2,00**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**2,00**	**2**	**4,0**	

13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**2,00**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,001%**	**2**	**6,0**	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**91,74%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**49,0**	**BUONA**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**50,0 - ADEMPIENTE**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**2**	**49,0 - BUONA**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**Peso**	**Risultato**	**Risultato * peso**	**Note**
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**2**	**4**	
						8	**ADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza.

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	
208	Malattie delle vie biliari senza CC	

227	Interventi sui tessuti molli senza CC	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	

377	Diagnosi relative a post parto e post aborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	5%	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	97,5%	15
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/ (numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80%	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	100%	15
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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	U.3: 21,7% Indicatore Griglia LEA: 75% % missing: 2%	30

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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 42,8% Anno2012: 41,7%% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 44,3%	0
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013:10,2% Anno2012: 10,3% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 5,4%	0
U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	<u>Definizione PASSI:</u> Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati <u>Definizione Istat:</u> Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 22,4% Anno 2102: 24,1% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 31,1%	0

U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	10,3%	10
U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimentoU	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 94,1%	0
U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 91,2%	0
U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 69,3%	0
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**100**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	17,5	14,7	13,7	13,5	13,0	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	16,4	10,2	13,6	10,5	12,4	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	12,0	9,3	12,0	9,1	11,4	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	**≥ 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 effe+D5:E8+D5:F6ttuati <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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	**≥ 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	**≥99,7%**	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	<95%
4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	**≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma**	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	**attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie**	attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte
7	**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**	**>= 98%**	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%
8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	<160 e ≥120	**<120 e ≥50**	< 50
9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre	**< 70% in almeno 2 categorie**

10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 75/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Num. indicat.	Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità					
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	*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**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.Lgs 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	6	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	**2**	**12**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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***	**2**	**8**	
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	4	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***	**2**	**8**	
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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (56% pari a 6754 controlli su 12017)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	*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 [vedere annotazione]	*< 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"***	**2**	**12**	
9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	*<85% di bovini morti testati per BSE*	***≥ 85% di bovini morti testati per BSE***	**2**	**6**	
10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	

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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	*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 i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**8**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	
13	**CONTROLLO SANITARIO DELLE POPOLAZIONI SUINE - anagrafe: D.**lgs 26/10/2010 n. 200 che stabilisce modalità di identificazione e registrazione suini; **malattia di Aujeszky:** D.M. 1-4-1997 e DM 30 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*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, D.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	*< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	***≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report***	**2**	**12**	

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	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	***validazione effettuata entro la scadenza prevista***	**2**	**8**	
16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, 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 annotazione]	*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***	**2**	**5**	
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	*< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati*	***≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati***	**2**	**10**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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 annotazione]	*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***	**2**	**12**	

19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	*arrivo dei dati oltre il termine*	***arrivo dei dati entro il termine***	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	***> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale (8 campi)***	*≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	**1**	**8**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2013 *è stato basato su un riconoscimento condizionato*	***almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	*meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	***almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04***	**2**	**8**	
21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	*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 2013 [vedere annotazione]	*tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013*	***tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013***	**2**	**10**	

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 D.Lgs n. 194 del 19.11.2008; DM 24/01/2011 "modalità tecniche per il versamento delle tariffe e la rendicontazione"	6	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 (16 aprile)***	*trasmesso entro la data prevista*	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	***allegato 3 inviato, corretto e completo***	**1**	**6**	
	TOTALE	100								**176**	

SUFFICIENTE punteggio pari al 88% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha rispettato l'adempimento in oggetto garantendo sia l'invio dei dati al NSIS, sia la qualità richiesta. Ha inoltre provveduto all'invio degli Allegati 5 e 6 del modello LA e alla relativa riconduzione ai livelli di assistenza. In seguito ad una richiesta di chiarimenti relativa ad alcune discrepanze riscontrate tra il modello CE e il modello SP, sono state fornite spiegazioni in merito.

Statistici

INADEMPIENTE

Si segnala, in via preliminare, che nella verifica degli adempimenti per l'anno 2012 la regione Lazio era risultata adempiente con impegno a risolvere le criticità evidenziate sulla qualità del flusso informativo SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Per il suddetto flusso permangono criticità anche per l'anno 2013.

La copertura dei dati risulterebbe complessivamente buona, tuttavia si evidenziano criticità sui seguenti flussi informativi: T1Cbis (personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private) e STS14 (apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere).

La qualità dei dati è insufficiente, in presenza di criticità sui flussi informativi T1Cbis (personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private) 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 T1Cbis e STS14 (vedi tabelle allegate).

Si chiede alla Regione di prendere contatto con l'Ufficio di statistica per concordare le modalità operative di integrazione/correzione dei dati, laddove necessario e, a conclusione degli aggiornamenti dei dati NSIS, 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 Lazio, a fronte delle richieste sopra esposte, ha trasmesso il 10 marzo 2015 una nota per informare di aver sollecitato le strutture ospedaliere inadempienti sul flusso informativo T1Cbis per l'anno 2013.

Nella medesima nota la Regione informa anche di aver raggiunto un livello adeguato di copertura del flusso informativo STS14 e di stare completando le procedure di validazione dei flussi informativi.

Nessun riscontro è invece pervenuto sulla qualità del flusso informativo SDO – Scheda di Dimissione ospedaliera.

In riscontro alla predetta nota, si evidenzia che la copertura raggiunta per il flusso informativo T1Cbis, pari al 70,1%, è ancora molto al di sotto del livello di copertura richiesto per l'adempienza, pari al 95%.

Per quanto riguarda invece il flusso informativo STS14 la copertura del flusso informativo è attualmente pari al 98,67%, pertanto in linea con la soglia definita per l'adempimento.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Lazio con un punteggio pari a 152 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente con impegno". Si segnalano le criticità per gli indicatori: 1.2 Copertura vaccinale nei

bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni), 2 Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto, 3 Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro e 5.3 Anagrafi animali - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana (già rilevata nel 2012).
La criticità relativa all'indicatore 2 Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto era stata già rilevata nel 2012; su tale aspetto la Regione ha trasmesso la nota prot. n. 133656 in cui si descrivono in sintesi le azioni che si intende porre in atto per la promozione dei programmi di screening. Gli effetti di tali azioni saranno valutati nel corso delle prossime verifiche, sulla base delle risultanze dell'Osservatorio Nazionale Screening.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

In via preliminare si segnala che in sede di valutazione 2012 la Regione era stata considerata inadempiente con rinvio al Piano di rientro, considerato il ritardo nella definizione dei programmi operativi e dei decreti di revisione della rete ospedaliera in linea con i disposti della L. 135/12.
Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2014, la regione Lazio ha una dotazione di 22.039 posti letto, pari a 3,75 per 1.000 abitanti, di cui 3,08 per pazienti acuti (18.099 posti letto) e 0,67 per riabilitazione e lungodegenza (3.940 posti letto). Risulta, inoltre, che la Regione non ha ancora effettuato la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13 in base dati 2013 e 2014.
Considerata la positiva azione di programmazione regionale per la revisione della rete ospedaliera, delineata in linea con i contenuti della L. 135/2012- nelle diverse versioni dei programmi operativi, e vista la progressiva contrazione dell'offerta dei posti letto regionali osservabile in base dati nazionale, si considera superata l'inadempienza relativamente all'anno 2012.
In riferimento all'anno 2013, e con particolare riguardo alla dotazione di posti letto dell'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù, si rileva che con nota prot. 108/2013 la struttura commissariale aveva dichiarato che, nell'anno 2012, solo 456 posti letto di tale struttura erano stati dedicati all'assistenza dei pazienti residenti; tale dato appariva coerente con i riscontri d'ufficio, effettuati sui dati SDO 2012 (dato un tasso di occupazione dello 0.9%, 447 posti letto risultavano utilizzati dai residenti del Lazio). In riferimento a tale tematica, la Regione ha sviluppato il programma di revisione della rete ospedaliera, che risulta inserito nella versione finale del P.O. 2013-2015, adottata al termine dell'iter valutativo da parte dei ministeri affiancanti (rif. DCA 247/2014).
Tutto ciò premesso, a partire dalla base dati 2013 su indicata, e dato il valore di 826 posti letto totali dell'OPBG di cui 791 per acuti e 35 per postacuti (come riportato nella versione definitiva e approvata dei programmi operativi 2013-2015), si è provveduto a ricalcolare le dotazioni di posti letto considerando la sola quota posti letto dell'OPBG dedicata all'assistenza a pazienti residenti.
Da ciò risulta che la Regione Lazio ha una dotazione utile di 21.692 posti letto, pari a 3,69 per 1.000 abitanti, di cui 3,02 per pazienti acuti (17.644 posti letto) e 0,67 per riabilitazione e lungodegenza (3.929 posti letto). Tali dotazioni appaiono in linea con gli standard nazionali di riferimento.
La Regione deve effettuare la validazione dei flussi informativi come sopra indicato.

F.2

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Regione, per l'anno 2012, era stata considerata inadempiente con rinvio al Piano di rientro, in presenza di un tasso di ospedalizzazione pari a 173,03 con quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno pari al 33,1%, ed in considerazione che non risultavano adottate le azioni di riorganizzazione della rete ospedaliera.
La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2011-2012-2013) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 166,32 nel 2011, di 173,03 nel 2012 e di 164,16 nel 2013. La quota di

ospedalizzazione riferita al regime diurno è eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, con un differenziale di 7,8 (32,8%) nel 2011, 8,1 nel 2012 e nel 2013 (33,1%).
A febbraio 2015 la Regione trasmette una dettagliata relazione tecnica, corredata da numerosi allegati ed inerente fra l'altro le tematiche di assistenza ospedaliera, nonché il DCA 412/14 di riordino della rete ospedaliera. Da tali atti si evince la positiva azione regionale di governo dell'offerta di ricovero, peraltro sostanziata dalla riduzione del Tasso di Ospedalizzazione che passa da 173,03 per mille ab. nel 2012 a 164,16 nel 2013. Pertanto, si ritiene che possa essere superata l'inadempienza per l'anno 2012.
Tuttavia, in considerazione che il valore permane elevato per il 2013, anche riguardo la quota di ospedalizzazione relativa al regime diurno, si ritiene necessario che la Regione adotti provvedimenti specificamente volti a ricondurre i valori di ospedalizzazione agli standard previsti dalla normativa nazionale. Inoltre, considerate le circostanze richiamate dalla stessa Regione in merito ad alcune anomalie nella gestione amministrativa degli accessi di day hospital, si ritiene indispensabile l'adozione di iniziative mirate a sanare le criticità individuate.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione con una percentuale pari al 10% di DRG critici, uguale al valore mediano della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza con impegno.
Si segnalano le criticità per i DRG 187, 248, 249, 317, 360, 369, 377, 381 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
H.1 Monitoraggio ex post
La Regione svolge attività di monitoraggio ex post. Dai dati presenti nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) risulta che i campi Classe di priorità, Garanzia tempi attesa, Prestazioni I accesso e Struttura sanitaria erogatrice presentano una valorizzazione inferiore alla soglia prevista del 90%, sia per il I che per il II semestre.
H.1.2 Non è possibile misurare gli indicatori per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecodoppler dei tronchi sovraortici (che concorrono alla valutazione di adempienza per l'anno 2013) per il cui calcolo occorre una qualità > 90% dei campi.
H.2 Monitoraggio ex ante
La Regione ha svolto l'attività di monitoraggio ex ante. Per l'anno 2013 non raggiunge la soglia prevista del 90% sia per la Classe B che per la Classe D, in ambedue le settimane indice.
H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero
La Regione, per quanto attiene al campo Data di prenotazione non raggiunge la soglia del 90% mentre per il campo Classe di priorità il valore è prossimo al 90% sia per il regime ordinario che DH.
H.4 Monitoraggio delle sospensioni
Dai dati pervenuti dal NSIS risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.
H.4.2 La Regione dichiara di non fornire indicazioni alle Aziende sanitarie per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.
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.
H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa
La Regione non fornisce informazioni in merito.

Le problematiche sopra riportate, inerenti il Monitoraggio ex post, il Monitoraggio ex ante, il Monitoraggio delle sospensioni e la Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa, sono in fase di

risoluzione. Pertanto, la Regione viene considerata adempiente con impegno a completare le iniziative intraprese.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

La Regione Lazio ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 1.254,8 milioni di euro, corrispondente ad un disavanzo rispetto al tetto del 11,35% del Fabbisogno sanitario regionale dello 1,25% (124,5 milioni di euro). La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 427,7 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del Fabbisogno sanitario regionale dello 0,79% (79,1 milioni di euro).

La Regione Lazio evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 203,6 mln di euro.

La Regione, evidenzia sia il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale che il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.

Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.

Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.

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 2013.

Regione: LAZIO			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	962.391.828	9,66%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	15.336.558	0,15%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	19.606.491	0,20%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	17.981.516	0,18%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	304.989.726	3,06%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	146.516.322	1,47%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	45.249.590	0,45%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	101.266.732	1,02%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	1.259.706.579	12,65%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	9.959.276.374	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	1.130.377.868	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	129.328.711	1,30%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		285,8%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	4.860.328	0,05%
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**1.254.846.251**	12,6%
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	761.209.892	7,64%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	36.899.245	0,37%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	7.342.667	0,07%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	1.455.312	0,0146%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	3.190.722	0,03%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	407.332.220	4,09%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	9.959.276.374	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	348.574.673	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	12.475.000	0,13%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	379.000	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	29.378.774	0,29%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**427.706.691**	**4,29%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	79.132.018	0,79%

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE

Rispetto agli obiettivi previsti la Regione è riuscita a raggiungere al 100% l'obiettivo A1 "Coerenza del piano dei Centri di responsabilità e di Costo con la struttura organizzativa", mentre non ha ancora pienamente raggiunto uniformemente a livello aziendale una coerenza del Piano dei fattori produttivi con il Piano dei Conti.

Nonostante la Regione abbia intrapreso una serie di azioni volte ad implementare l'attuazione della contabilità analitica per migliorare le attività incluse negli obiettivi restanti, si attesta l'inadempienza della medesima.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

Il DCA 234/2013 ha definito i criteri e le procedure per la valutazione dei Direttori Generali ed ha assegnato agli stessi gli obiettivi da raggiungere nell'anno 2013.

L'allegato B) denominato "Schede obiettivi" del citato decreto, indica, per ciascuna Azienda sanitaria, gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali per l'anno 2013, ivi compresi gli indicatori, i pesi e i risultati attesi.

In particolare, il punto G2 individua l'obiettivo della "garanzia di attendibilità e tempestività dei flussi informativi definiti dalla Regione, sia ai fini della valutazione e del controllo, sia ai fini del rispetto del debito informativo regionale nei confronti dei Ministeri delle Finanze e della Salute, nonché del Tavolo di verifica degli adempimenti connessi all'attuazione del Piano di rientro".

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, 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.

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 69% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

Alla luce di quanto sopra esposto, si considera inoltre risolta l'inadempienza della Regione per l'anno 2012.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Relativamente all'anno 2012, la Regione trasmette una nota nella quale dichiara che con DCA 306 del 30 ottobre 2014 è stata adottata la scheda SVAMDI per la valutazione dei disabili e l'accesso alla residenzialità, semiresidenzialità e domicilio; tuttavia permane la criticità inerente la mancata introduzione della quota di compartecipazione per l'assistenza residenziale socio-riabilitativa alle persone con disturbi mentali.

Relativamente al 2013 il punteggio totale riportato dalla Regione è di 15 punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale dell'anziano non autosufficiente in cure domiciliari: 1 punto
Offerta assistenziale: 7 punti
Ripartizione degli oneri: 7 punti.

Si confermano le criticità relative alla non adozione della quota sociale per residenzialità socio-riabilitativa a pazienti psichiatrici.

S.3

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 39%
Esito: Adempiente con l'impegno ad integrare i dati mancanti.

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 69,24%

Esito: Adempiente con l'impegno ad alimentare le PIC attivate con i dati di attività in modo che il rapporto atteso sia pari a 100%.

Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 2,25

Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1

N. Pic erogate 5.952 Tasso di prese in carico 1,07

CIA Livello 2

N. Pic erogate 4.639 Tasso di prese in carico 0,83

CIA Livello 3

N. Pic erogate 571 Tasso di prese in carico 0,10

CIA Livello 4

N. Pic erogate 1.561 Tasso di prese in carico 0,28

Totale PIC erogate 12.723

S.4

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 0

Non risultano assistiti per il flusso FAR e risultano 105 assistiti rilevati dal modello STS24 (corrispondenti a 2ASL)

Esito: Inadempiente

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 136,53%

Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 1,87

Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		Totale assistiti(*)
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
38	0,01	7412	1,33	488	0,09	2537	0,46	**10417**	**1,88**	0	0,00	0	0,00	0	0,00	**10417**

(*) Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione.

La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbe non corrispondere con il valore in Totale assistiti. Infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

La regione risulta adempiente con impegno ad integrare i dati mancanti.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione viene considerata adempiente in base al DCA U00310 del 4 luglio 2013, in cui si prevede nell'All. 2 l'abbattimento del 40% delle tariffe relative alla lungodegenza oltre il valore soglia dei 60 gg., come previsto dal D.M. 18 ottobre 2012.

Inoltre, con DCA U00479 del 6 dicembre 2013, viene rideterminato il tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie negli anni 2007-2011.

u) Prevenzione

INADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Lazio risulta pari a 50, ovvero inferiore al valore soglia fissato per l'esito di adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

La Regione ha fornito idonea documentazione.

In particolare, con DCA U00044 del 21/2/2014 ha approvato il Piano Formativo regionale 2013/2015, individuando, con la collaborazione dei referenti della Formazione delle strutture sanitarie, gli obiettivi formativi di interesse regionale.

Ha realizzato un proprio Sistema di accreditamento dei provider regionali, prima tramite bando e successivamente, a seguito della convenzione con l'AGENAS, ha attivato il sistema informatico di accreditamento dei provider e delle attività formative. Tale sistema è in fase di implementazione.

Con il DCA U00504 del 23/12/2013 la Regione ha nominato i componenti dell'Osservatorio Regionale. Inoltre, la stessa dichiara di aver organizzato un percorso formativo rivolto agli osservatori della qualità della formazione ECM, le cui visite sono previste a partire da settembre 2014.

Ciò premesso, avendo la Regione dato seguito agli impegni assunti con atti formali per la realizzazione del Sistema di accreditamento regionale, per l'anno 2013 si esprime parere positivo, segnalando la necessità di proseguire nel percorso intrapreso, monitorando costantemente le attività poste in essere.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE

La Regione era risultata inadempiente nella verifica adempimenti per l'anno 2012; tuttavia, le iniziative svolte e quelle in fieri per l'anno 2013, in particolar modo sui PDTA già operativi, permettono di considerare superata la suddetta criticità.

Per l'anno 2013 si intende focalizzare l'attenzione sull'attività di monitoraggio della piena operatività di PDTA anche se individuati negli anni precedenti.

Ciò premesso si constata l'attività della ASL di Viterbo che:

- con delibera CS1015 del 29/11/2013 obbliga le strutture sanitarie pubbliche coinvolte nel percorso di cura delle pazienti con carcinoma mammario, ad impegnarsi nel dare attuazione alla proposta di istituzione delle cosiddette "Brest Unit" e Linee guida relative;
- con delibera CS986 del 25/11/2013 approva la proposta del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente diabetico;
- con delibera 1007 del 29/11/2013 attua la rete integrata Territorio - Ospedale.

Anche l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata ha avviato numerosi PDTA fra cui il Protocollo per il trattamento delle ulcere da pressione (documento elaborato nel 2013).

L'Azienda Policlinico Umberto I° nel prot. 0021248 del 10/06/2014 precisa che sono in fase conclusiva di redazione e formalizzazione alcuni PDTA fra cui il PDTA in Pronto soccorso del paziente con dolore toracico e il PDTA relativo al Carcinoma del Colon retto tra l'altro presenti nell'elenco dei PDTA del Q13, mentre risulta già attivato il PDTA relativo all'ictus cerebrale acuto all'interno della rete assistenziale (di cui al Decreto 075 del 29 settembre 2010).

La Regione dichiara di non effettuare il monitoraggio dei PDTA individuati. Pertanto, pur apprezzando l'intensa attività in merito alla definizione di PDTA si deve rilevare che manca, da parte della Regione, una attività costante e strutturata di monitoraggio che consenta un'analisi dei dati per migliorare ed aggiornare i percorsi di cura.

Nella valutazione si è tenuto conto che nel PO al punto 3.1.1.2 Implementazione e monitoraggio dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, la

Regione definisce specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), integrati tra Ospedale e Territorio, per le principali patologie cronico degenerative e per le condizioni ad elevato impatto sociale quali, ad esempio: BPCO, Scompenso cardiaco, Diabete. Per il monitoraggio dei percorsi sono ancora in fase di elaborazione, con il supporto del Dipartimento di epidemiologia della Regione Lazio, specifici set di indicatori, sia di processo che di esito.
La Regione propone l'individuazione dei percorsi per la cronicità entro il 30/09/2014 e l'implementazione di PDTA sperimentali per BPCO, Diabete, Scompenso cardiaco e Gestione del paziente in trattamento con anticoagulanti orali entro il 31/12/2014. Si deduce che per tali PDTA il monitoraggio non sia ancora partito e, quindi, si chiede di venire a conoscenza di come veniva svolta l'attività di monitoraggio dei PDTA individuati negli anni precedenti, attività necessaria per la qualità delle cure.

In un secondo tempo la Regione ha trasmesso un atto con il quale si fa presente che il Dipartimento di epidemiologia del SSR Lazio aggiorna periodicamente, per conto della Regione, il Programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari del Lazio (P.Re.Val.E).
La valutazione dei PDTA regionali si avvarrà della metodologia e dei risultati di tale programma. Inoltre saranno elaborati indicatori di monitoraggio delle attività assistenziali dei medici di medicina generale (MMG).
La Regione, in seguito alla richiesta di fornire, con annesso cronogramma, ogni dettagliata informazione sia dell'andamento del monitoraggio dei PDTA individuati sia della misurazione degli indicatori per la verifica dell'attività dei MMG, trasmette documentazione integrativa, attestante l'effettiva attività di monitoraggio sui PDTA individuati.

y) LEA aggiuntivi

INADEMPIENTE
La Regione dichiara di garantire il seguente livello ulteriore:

- esenzione per malati di MCS (con codice RQ099R- DGR 175 del 2010).

A quanto risulta, la Regione garantisce altresì:

- esenzione ticket per lavoratori iscritti al centro per l'impiego
- assegno di cura per disagiati mentali (alcune Asl)-Vedi L.R. n. 6/12
- esenzione totale per assistiti con codice T01 (circolare prot. 144 S/P del 22 luglio 2005).

Dal modello LA risulta l'erogazione dei seguenti livelli ulteriori per un totale di € 4.429.000:

- chirurgia estetica
- medicine non convenzionali
- certificazioni mediche
- prodotti aproteici
- assegno di cura
- rimborsi per spese di viaggio e soggiorno per cure
- prestazioni EX ONIG a invalidi di guerra
- altre prestazioni escluse dai LEA.

Con nota del 13 febbraio 2015 la Regione fornisce alcuni chiarimenti in ordine alle criticità sopra evidenziate; resta confermato che rappresentano livelli ulteriori il riconoscimento dell'esenzione a favore dei soggetti che pur lavorando conservano l'iscrizione al centro per l'impiego per non aver superato durante l'anno un certo limite di reddito, l'erogazione di prodotti aproteici e il riconoscimento della Sensibilità Chimica Multipla come malattia rara.
Si prende atto, invece, di quanto dichiarato dalla Regione in ordine all'intenzione di disporre la cessazione dell'erogazione degli altri livelli ulteriori erogati.
Circa l'assegno di cura, si conviene che trattasi di prestazione sociale erogabile qualora coperto con fondi regionali della stessa natura.

Per quanto riguarda il riconoscimento della Sensibilità Chimica Multipla come malattia rara, la Regione ha elaborato una proposta di Legge regionale concernente l'abrogazione dell'art. 155 della Legge regionale 28 aprile 2006 n. 4 recante "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2006". Secondo quanto disposto dal predetto articolo, "la Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente Legge, riconosce la Sensibilità Chimica Multipla quale patologia rara e individua il centro di riferimento e i presidi dedicati alla diagnosi e alla cura della stessa ai sensi della DGR 28 marzo 2002, n. 381"; si prende atto della proposta di abrogazione formulata.
Con DCA U00105 dell'11 marzo 2015, la regione Lazio ha disposto l'aggiornamento del modello di autocertificazione utilizzato dagli utenti per il riconoscimento del diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.
Con il provvedimento suddetto, in particolare, vengono modificate le indicazioni esplicative relative alla classe di esenzione E02 e fornita una definizione di disoccupato conforme a quella riportata nelle premesse al DM 11 dicembre 2009.
Si prende atto del provvedimento adottato dalla Regione ma si rileva che non è ancora applicata la ripartizione tra SSN e Comuni/assistito degli oneri per i trattamenti socio-riabilitativi residenziali ai pazienti con disturbi mentali.
E' necessario, inoltre, che la Regione intervenga per rendere coerente la ricognizione dei livelli aggiuntivi erogati con i dati riportati nei modelli LA.

ah) Accreditamento istituzionale

INADEMPIENTE
L'Intesa del 20 dicembre 2012 in tema di Autorizzazione ed accreditamento è stata recepita in data 9 febbraio 2015, con ritardo rispetto a quanto previsto (30 giugno 2013). Si rappresenta, peraltro, che la stessa Regione ha preso parte ai lavori del Tavolo tecnico che ha prodotto il documento oggetto dell'Intesa medesima.
Di seguito, pur in considerazione delle motivazioni che possono aver rallentato la conclusione dell'accreditamento istituzionale per molte strutture, non può rilevarsi come il processo non sia concluso; la mancata conclusione per un numero ancora considerevole di strutture sanitarie porta a considerare la Regione inadempiente.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE
Nella verifica per l'anno 2012 la Regione aveva registrato un'inadempienza dovuta alla mancata trasmissione delle relazioni annuali di verifica sia della "Fondazione PTV" che della sperimentazione "Valmontone Hospital", quest'ultima risultante in corso di valutazione.
La Regione ha quindi istituito, nel corso del 2014, una "Commissione Tecnica Regionale" (Determinazione di costituzione della Commissione n. G08106 del 05/06/2014) con l'obiettivo di valutare gli esiti delle sperimentazioni e quindi essere di supporto, attraverso le valutazioni, alla fase decisionale di trasformazione/messa a regime delle stesse.
La Regione ha trasmesso le relazioni annuali di verifica di entrambe le sperimentazioni gestionali al 31 dicembre 2012 e, pertanto, risulta adempiente per l'anno 2012.
Per l'anno 2013, la Regione ha compilato la scheda di rilevazione ed ha dichiarato che, al 31 dicembre 2013, è in corso la sperimentazione gestionale "Fondazione Policlinico Tor Vergata", con scadenza il 1° luglio 2014.
Con riferimento alle valutazioni della Commissione Tecnica Regionale, sono state trasmesse le relazioni istruttorie sulla sperimentazione Fondazione PTV e sulla sperimentazione gestionale "Valmontone Hospital".

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

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

Con riferimento alla medicina di laboratorio, la Regione ha risposto a tutti i quesiti del Questionario. In merito ad alcuni chiarimenti richiesti relativi alle criticità rilevate per i punti j) e k), la Regione ha trasmesso due note integrative (prot. 134199 e prot. 139218). In particolare, per il punto j) sono stati forniti i dati SIAS per l'anno 2012 e 2013, dai quali si evince che il numero dei laboratori privati convenzionati è in diminuzione, mentre con riferimento al punto k), riguardante i laboratori privati convenzionati aggregati in seguito al piano di riorganizzazione, la Regione ha tramesso le motivazioni che sono alla base della mancanza dei dati al 31 dicembre 2013.

Si apprezzano lo sforzo e le azioni intraprese dalla Regione nella riorganizzazione della rete laboratoristica, che possono consentire il superamento dell'inadempienza per l'anno 2012, mentre per l'anno 2013, considerato il ritardo nell'attuazione della normativa di riferimento, si rinvia alla valutazione del Programma Operativo.

am) Controllo cartelle cliniche

INADEMPIENTE

La Regione Lazio con protocollo n.134302 del 11 marzo 2015 ha trasmesso il Report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2013 e le Tabelle 1 e 2 previste dalla Circolare del Mds n. 5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche" relative al primo semestre 2013.

Considerando che i controlli sui ricoveri relativi ai dimessi nell'anno 2013 sono in fase di completamento e tenuto conto che le risultanze economiche sono in via di definizione, si attende, ai fini di una valutazione complessiva, la trasmissione dei dati definitivi.

Inoltre, per quanto concerne i controlli analitici casuali (ai sensi dell'art.79 comma 1 septies Legge 133 del 6/08/2008), si ricorda che ciascuna Regione deve assicurare almeno il 10% dei controlli per ciascun erogatore (rapporto tra il numero delle cartelle cliniche controllate sul numero delle cartelle cliniche totali della struttura erogatrice) mentre, quanto viene riportato nella colonna "% CC controllate" della Tabella 1 è il rapporto tra il numero delle CC controllate, con almeno un controllo effettuato, e il numero totale delle cartelle estratte e NON il rapporto tra il numero delle cartelle cliniche controllate sul numero delle cartelle cliniche totali della struttura erogatrice. Ricalcolando il rapporto correttamente, risulterebbe una percentuale media di 0,4% per il comparto pubblico e 1,3% per quello privato. Si attendono i dati definitivi completi e corretti.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE

La Regione riporta una spesa totale di cui all'elenco 1,2,3 del DM 332/1999 pari a 123,370 mln di euro a fronte di una contabilizzazione nelle colonne "Consumi sanitari" e "Costi per prestazioni sanitarie" del modello LA 2013 pari a 123,667 mln di euro.

La Regione trasmette documentazione che spiega la suddetta discrepanza; si può, pertanto, ritenere adempiente.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

Nella verifica adempimenti 2012 la Regione era risultata inadempiente con rinvio al Piano di rientro perché non risultava completato l'iter di accreditamento delle strutture di ricovero e, nella tabella degli indicatori, non era stato fornito il numero di strutture in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000.

Per quanto riguarda l'anno 2013, si valutano positivamente gli adempimenti relativi all'istituzione della rete assistenziale palliativa e all'iniziativa divulgativa dell'offerta assistenziale in hospice; a tale ultimo riguardo, si coglie l'occasione per chiedere alla regione delucidazioni in merito alla tipologia di assistenza domiciliare attivata (di base o specialistica).
In riferimento alla tabella degli indicatori di cui al D.M. 43/07, si osserva che gli indicatori n. 1 e 5 risultano al di sotto dello standard di riferimento, mentre gli indicatori n. 7 e 8 risultano elevati; inoltre non è fornito il numero di strutture in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000 (indicatore n. 3). Nel raccomandare che, ove applicabile, venga fornito il dato percentuale, si sottolinea la necessità che la Regione provveda a completare la tabella e ad adottare idonee misure di monitoraggio dei processi assistenziali per introdurre i correttivi che si rendessero necessari a garantire il mantenimento degli indicatori entro gli standard.
Relativamente alla rete di terapia del dolore, si apprezzano la ricchezza descrittiva e la completezza del modello organizzativo adottato come riferimento, nonché l'individuazione delle strutture aventi ruolo di Hub e Spoke.
Tutto ciò premesso, preso atto delle iniziative regionali in tema di cure palliative e terapia del dolore -valutate anche in sede di monitoraggio del Piano di rientro- si ritiene di poter considerare superata l'inadempienza per l'anno 2012, mentre per l'anno 2013, viste le criticità nella tabella degli indicatori, la Regione viene considerata adempiente con impegno ad adottare i necessari correttivi.
Successivamente, la Regione trasmette documentazione integrativa che attesta l'iniziativa regionale volta al definitivo superamento della problematica evidenziata.
Ciò premesso, considerato il virtuoso percorso intrapreso di complessivo miglioramento nelle tematiche oggetto di valutazione, si ritiene di poter considerare la Regione adempiente per l'anno 2013.

AO.2
INADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.
Indicatore di completezza per ASL
Disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento: NO
Esito: Inadempiente
N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 1/20
Esito: Inadempiente.

AO.3
ADEMPIENTE
In via preliminare si segnala che in sede di valutazione 2012 la Regione era stata considerata inadempiente per la mancata attivazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.
La Regione ha trasmesso il DCA 88/2015, che apporta modifiche all'attuale disegno di rete di terapia del dolore cronico non oncologico definito con DCA 83/2010; tali modifiche risultano atte a garantire la gestione del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.
Considerato che, pur in assenza di un'azione di coordinamento regionale della materia in esame, risultavano già adottate a livello locale le singole iniziative previste dall'adempimento, si ritiene di poter considerare superata l'inadempienza per l'anno 2012 e di poter considerare la Regione adempiente per l'anno 2013.

ap) Sanità penitenziaria
ADEMPIENTE
La Regione risultava adempiente con impegno per l'anno 2011 e inadempiente per l'anno 2012, dato che non in tutte le Asl si era proceduto alla stipula delle convenzioni per il trasferimento in uso

gratuito dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie negli istituti penitenziari e nei servizi della giustizia minorile.
La Regione dichiara che il percorso si è concluso e ha inviato tutte le convenzioni stipulate.
A seguito degli aggiornamenti inviati la Regione viene considerata adempiente per gli anni 2011, 2012 e 2013.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE
In via preliminare, si segnala che la Regione risultava per l'anno 2012 adempiente con impegno a trasmettere documentazione circa gli eventi di formazione relativi alle raccomandazioni ministeriali avvenuti nell'anno 2012. La documentazione è stata trasmessa a febbraio 2015 e può considerarsi esaustiva. Si ritiene pertanto superato l'impegno per l'anno 2012.
Per l'anno 2013 si rappresenta quanto segue.

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha effettuato il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni, compilando la tabella relativa al punto in questione, dalla quale emerge che sono rispettati i requisiti richiesti.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la tabella relativa al punto, dalla quale emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni sono 16 su 22, rappresentando il 72,73%, superando in tal modo il valore del 60% richiesto.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione ha dichiarato di non aver attivato un piano per la formazione sui temi della sicurezza dei pazienti.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della check list in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della check list di chirurgia; dall'indagine è emerso che 336 UO chirurgiche regionali su 355 utilizzano la check list di chirurgia. Il criterio per l'adempienza (percentuale del 75%) è raggiunto.

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione non ha trasmesso alcuna documentazione.

AS.6 Prevenzione delle cadute

La Regione dichiara di non aver attivato un piano per la prevenzione delle cadute.

AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione Lazio ha trasmesso la delibera di nomina dei componenti regionali del Rischio clinico, che ha una durata annuale (per il solo anno 2013).

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE
Rispetto all'indicatore:

- "Numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici dell'anno 2013" la Regione dichiara che dalla ricognizione effettuata presso le aziende sanitarie pubbliche risulta che i punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici nell'anno 2013 sono 760, a cui bisogna aggiungere 250 postazioni di prenotazione presso il call-center regionale;
- "Numero di prenotazioni effettuate nell'anno 2013" la Regione dichiara 4.664.143 prenotazioni effettuate nell'anno 2013;

- "Misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate nell'anno 2013" la Regione dichiara che, ad esclusione delle prestazioni di laboratorio, sono state erogate 7.726.190 prestazioni di cui non è registrata la prenotazione sui sistemi CUP;
- "Rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell'anno 2013" la Regione dichiara che le prestazioni prenotate, ma non erogate a causa della mancata presentazione dell'assistito, sono state 801.112.

Desta perplessità il fatto che la Regione, pur disponendo di un sistema di prenotazione unico (ReCUP) a livello regionale, non è in grado di fornire il "Numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici nell'anno 2013".

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica)

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 99,71%

Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012: 199%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: 93,3%

Il codice 99 non noto/non risulta è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 505

Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,22.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La relazione presentata dalla Regione è carente nella descrizione delle funzionalità esistenti o in corso di realizzazione o pianificate, nella descrizione del ruolo del FSE nel contesto dei sistemi informativi regionali e aziendali, in merito alle informazioni sulla disponibilità dei servizi di

collegamento, abilitazione all'accesso e all'alimentazione del FSE da parte dei MMG/PLS nonché delle strutture sanitarie.
Inoltre la Regione non fornisce alcuna indicazione circa la pianificazione delle attività in fase di realizzazione o previste descritte nella relazione in oggetto.
La Regione, pertanto, risulta adempiente con impegno ad integrare la relazione con gli aspetti mancanti.

aae) Attività trasfusionale

INADEMPIENTE

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 (Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010).

1.1 Sono state avviate le opportune visite di verifica dei Servizi trasfusionali.

1.2 Le visite di verifica che sarebbero dovute essere effettuate al 2013 non sono state completate. Tuttavia con il recente Decreto del Commissario ad Acta sul processo di autorizzazione delle Unità di Raccolta e delle Articolazioni Organizzative dei Servizi Trasfusionali, si sono stabiliti i criteri e le modalità per realizzare le visite secondo precise tempistiche e modalità operative.

1.3 E' stata avviata una gara pubblica per l'acquisizione di abbattitori per plasma e fornita la modulistica di qualità della Società Kedrion per il plasma destinato al frazionamento.

AAE. 2 Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali (Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011).

2.1 Sono stati effettuati incontri e partecipazioni ad eventi programmatici ed informativi.

2.2 La Regione riferisce che con il DCA U00207/2014 la competenza per il controllo e il monitoraggio dei Cobus è stata affidata al Centro Regionale Sangue (CRS) che ha convocato riunioni ed incontri con gli attori del sistema trasfusionale per una migliore gestione della materia e si sta attivando anche con le Direzioni Sanitarie degli Enti ospitanti i ST.

AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012)

3.1 Sono stati effettuati vari incontri formativi.

3.2 La Regione riferisce che con Decreto 207/2014 prevede la riduzione delle aree di produzione a 5, rispetto ai 18 SIMT. Riguardo la validazione biologica e sierologica si fa presente che questa è accentrata presso il SIMT dell'Ospedale Pertini, ai sensi del DCA 122/2011.

AAE.4 Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) (Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013)

4.1 La Regione ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013 in data 29/01/2015.

La Regione viene considerata inadempiente, in attesa del completamento delle visite ispettive.

aaf) Percorso nascita

INADEMPIENTE

Preliminarmente, si rappresenta che la regione Lazio, nella verifica 2012, era risultata inadempiente per non aver fornito le necessarie delucidazioni in merito all'avvio delle linee di attività contenute nell'Accordo del 2010.
Dalla documentazione inviata, relativa sia all'anno 2012 che all'anno 2013, sostanzialmente sovrapponibile nei contenuti, si evince che la riorganizzazione dei PN definita dalla regione Lazio, in ottemperanza all'Accordo del 16 dicembre 2010, è contenuta nel PO 2013-2015. In tale documento viene prevista la progressiva chiusura/accorpamento dei punti nascita il cui volume di attività nel 2014 si attesta al di sotto dei 500 parti, con completamento della riorganizzazione entro il 31 dicembre 2014.
Inoltre, la Regione ha inviato il report relativo alla presenza, nei PN di Monterotondo, Tarquinia, Colleferro, Civitavecchia e Villa Pia, il cui volume di attività si attesta nel 2013 al di sotto del 500

parti, dei requisiti previsti dall'Accordo per l'Ostetricia e la Neonatologia/Pediatria di I Livello. Dal report, tuttavia, si evince che non sono perfettamente rispettati tutti gli standard richiesti e ciò, unitamente al basso volume di attività delle strutture, non sembra possa garantire qualità e sicurezza del percorso nascita nelle more della loro chiusura.
Rispetto alla tematica di STAM/STEN, la Regione acclude il Decreto 56/2010, che appare ben strutturato e definisce nel dettaglio i due sistemi di trasporto; tuttavia, non si evince se il Sistema di Trasporto Assistito Materno sia effettivamente attivo, poiché le schede inviate si riferiscono esclusivamente ai dati sul trasporto neonatale nel Lazio nel periodo 2004-2012.
Per quanto attiene alle azioni relative all'Integrazione Ospedale/Territorio, la Regione fa riferimento DCA 152/2014 "Rete per la salute della donna, della coppia e del bambino: ridefinizione e riordino delle funzioni e delle attività dei Consultori Familiari regionali. Tariffa per il rimborso del Parto a domicilio, ad integrazione del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0029 del 01/04/2011". Tale decreto è stato formalizzato nel maggio del 2014; pertanto è presumibile, in assenza di altra documentazione, che sia nel 2012 che nel 2013 non fossero state poste in essere azioni coordinate riferite alla linea di attività Integrazione Ospedale/Territorio.
La regione Lazio, in merito alle procedure di controllo del dolore nel corso del parto, riferisce che è in via di realizzazione una revisione dei protocolli esistenti al fine di standardizzare le prassi, ma non ne riferisce la tempistica, così come, rispetto alla formazione degli operatori sul tema del percorso nascita, riferisce che è in atto una indagine conoscitiva dei bisogni formativi del personale dedicato, che sarà completata nel 2014. Inoltre, sempre sul tema della formazione, il Decreto del 21 febbraio 2014 "Approvazione del piano per la formazione continua in sanità 2013-2015", fissa i principi della formazione continua in sanità, le strategie e gli obiettivi per il governo del sistema, individuando, tra gli Obiettivi Formativi Regionali il Percorso nascita. Infine, dall'elenco dei corsi formativi già effettuati, si rileva che solo un corso "Il basso e l'alto rischio in ostetricia: criticità e criteri per il miglioramento della qualità assistenziale", è stato specificamente mirato alle problematiche della qualità e sicurezza del percorso nascita.
La disamina della documentazione integrativa trasmessa dalla Regione, il DCA U00412 del 26 novembre 2014 "Rettifica DCA UOO368/2014 Adozione del documento tecnico inerente: Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio", che contiene, quale parte integrante l'allegato tecnico "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della regione Lazio (Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014)", permette di evidenziare come la riorganizzazione del percorso nascita si completerà, presumibilmente, entro dicembre 2015. In particolare, si rileva un disallineamento tra quanto dichiarato precedentemente dalla Regione circa l'accorpamento della UO Ostetricia/Neonatologia di Colleferro con la rispettiva UO di Palestrina prevista entro il 31 dicembre 2014 e quanto contenuto nel suddetto allegato tecnico al PO 2013-2015, che riferisce tale accorpamento al 30 giugno 2015.
Tutto ciò premesso, si evince che il processo di riorganizzazione del percorso nascita procede con un certo rilento, attestato dall'allungamento dei tempi di completamento di tale riorganizzazione (in tutti gli aspetti richiamati dall'Accordo del 2010) che slitta al 2015. Pur prendendo atto delle oggettive difficoltà della Regione nel dare compimento alle azioni previste dall'Accordo, difficoltà peraltro comuni a tutte le Regioni, emerge tuttavia una certa sottovalutazione rispetto ad altre tematiche quali il parto a domicilio, che rappresenta un fenomeno di nicchia rispetto alla problematica di più ampio spessore quale il percorso nascita sicuro per la madre ed il neonato.

La Regione Lazio nel mese di febbraio 2015 ha inviato una relazione di chiarimento rispetto alle criticità sopra riportate.
La relazione riconferma quanto già espresso: il DCA n. 412/2014 stabilisce entro la fine del 2015 il completamento della riorganizzazione dei punti nascita della Regione riconducendo i precedenti tre livelli assistenziali previsti dal Decreto 56/2010 e stabilisce altresì, entro giugno 2015, la riduzione dei punti di offerta attraverso la chiusura di UU.OO. con un volume di attività ostetrica inferiore a 500 parti.

Nelle cinque strutture ancora operative con meno di 500 parti, la cui chiusura è prevista entro il 30 giugno 2015, è stata effettuata una ricognizione per valutare i requisiti di sicurezza secondo gli standard operativi previsti dall'Accordo del 2010. Fra queste, due risultavano non adeguate solo su aspetti tecnologici, mentre risultavano adeguate rispetto a standard operativi e funzioni collegate.
Per quanto riguarda l'attivazione dello STAM, allo stato attuale l'Ares 118 effettua il trasporto materno assistito inteso come trasporto delle partorienti dal domicilio all'ospedale più vicino dotato di punto nascita (soccorso primario). I trasferimenti , all'interno della rete perinatale, sono invece effettuati dalle singole strutture ospedaliere con proprie risorse.

E' necessario sottolineare che la relazione trasmessa dalla Regione non fornisce riscontri in merito alle criticità precedentemente rilevate, relative a:

- Integrazione Ospedale/Territorio
- Procedure di controllo del dolore nel corso del parto
- Formazione sul tema del percorso nascita.

Tutto ciò premesso, pur prendendo atto delle oggettive difficoltà nel dare compimento alle azioni previste dall'Accordo, soprattutto in merito alla chiusura dei Punti nascita che effettuano meno di 500 parti/anno, non è possibile sottovalutare che nel corso del triennio 2010-2013 di vigenza del suddetto Accordo, la regione Lazio non ha dato seguito alla chiusura di alcuno dei 5 Punti nascita con tali volumi di attività, rimandandone la definitiva chiusura presumibilmente a giugno 2015. Va inoltre sottolineato che in tali Unità Operative non sono presenti, così come riferito, alcuni degli standard richiesti e questo, unitamente al basso numero di parti, non sembra possa garantire, pur nelle more della loro chiusura, qualità e sicurezza del percorso nascita.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE

Inizialmente la Regione non invia la relazione richiesta ma una nota (novembre 2013) indirizzata a tutte le DG delle Aziende sanitarie, contenente indicazioni per interventi finalizzati a contrastare il fenomeno del sovraffollamento dei PS. Non vengono fornite altre informazioni sullo stato di attuazione della riorganizzazione, per l'anno 2013, a livello ospedaliero e territoriale per l'area dell'emergenza, sull'Accordo del 7 febbraio 2013 e sull'attività di monitoraggio delle reti assistenziali.
In seguito ad una richiesta di integrazioni, la Regione trasmette i Decreti del Commissario ad Acta del 25 novembre 2014, con il quale ha adottato il documento tecnico "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio", e del 16 luglio 2013, 7 marzo e 4 dicembre 2014, con i quali istituisce i Gruppi di lavoro di supporto alla Direzione Regionale in materia di Emergenza-urgenza e reti delle patologie tempo dipendenti.
Nel documento tecnico, allegato al primo Decreto, la Regione illustra come viene attualmente gestita l'emergenza a livello territoriale ed ospedaliero, riporta le principali attività svolte nell'anno 2013, svolge un'analisi delle criticità riscontrate, individua gli interventi prioritari che dovranno essere attuati e, in particolare, illustra quali saranno gli interventi specifici che sono stati programmati per gli anni 2014-2015. Inoltre, riporta gli indicatori individuati per il monitoraggio delle attività e la distribuzione dei DEA di I e II livello, dei PS e delle elisuperfici sul territorio regionale.
In riferimento alle reti per le patologie tempo dipendenti, si rilevano una serie di criticità e viene riproposta una rimodulazione delle strutture e una revisione dei percorsi da attuare entro il biennio 2014-2015. Sono riportati, in particolare, gli interventi specifici da attuare e gli indicatori per il monitoraggio. Da evidenziare che sono previste azioni e soluzioni per il contrasto del fenomeno del

sovraffollamento dei PS e per la realizzazione di percorsi separati per emergenza e continuità assistenziale in attuazione all'Accordo del 7 febbraio 2013.
Si prende atto della nuova programmazione e si resta in attesa degli esiti del monitoraggio effettuato per la verifica dell'efficacia dei percorsi in emergenza e delle patologie tempo dipendenti.

AAG.2
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in Emergenza-urgenza EMUR-PS presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 96,04%
Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con ASL e comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 99,81%
Esito: Adempiente

Numero accessi in PS per 1000 residenti: 349,1

Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:

N. Accessi EMUR PS per triage all'accesso
B 104.574 V 1.335.914 G 447.244 R 42.405 N 888 X 9.014 Totale 1.940.039
N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso
B 61.992 V 1.330.650 G 326.075 R 67.450 N 4.284 N.A. 149.588 Totale 1.940.039

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 99,90%
Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/ totale record campi data-ora: 100,00%
Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/ totale record campi data-ora: 97,01%
Esito: Adempiente.

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).

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE
Il progetto di riorganizzazione delle Cure primarie nella regione Lazio, prevede sia una forte integrazione tra il governo pubblico della rete territoriale, attraverso le AASSLL e le relative articolazioni distrettuali, che nuove modalità di erogazione dei servizi e delle prestazioni di primo livello rese possibili dall'attivazione e valorizzazione delle Case della salute.
Prevede altresì la promozione delle forme associative della medicina di base, anche al fine di sviluppare la medicina di iniziativa e di prossimità. Il modello organizzativo della Casa della salute supera i modelli fino ad oggi proposti (CeCAD, PTP, Ospedali Distrettuali) ed ha un'articolazione modulare con moduli di base (assistenza primaria e area pubblica) e moduli funzionali aggiuntivi per attuare una reale integrazione tra i servizi e garantire la presa in carico globale e la continuità assistenziale con particolare riferimento alla gestione della cronicità.

Attualmente sono state attivate tre Case della salute (Sezze, Pontecorvo e Rocca Priora); la Regione prevede l'attivazione di altre nove entro il 31 dicembre 2014 per un totale di 12. Tra i principali servizi erogati nell'ambito del citato modello organizzativo, per garantire la continuità dell'assistenza, figura il Punto Unico di Accesso socio sanitario integrato che attualmente copre l'80% dei Distretti regionali.
E' stata trasmessa la relazione sulle azioni individuate e poste in essere in merito all'organizzazione delle Cure primarie.
Non sono stati adottati atti formali di programmazione relativi all'istituzione sia di UCCP che di AFT.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Si rappresenta in via preliminare che per l'anno 2012 la Regione risultava inadempiente, non avendo trasmesso la relazione richiesta né fornito informazioni circa gli interventi realizzati. Relativamente ai valori assunti dalla Regione per i tre indicatori di appropriatezza, si riscontrava un valore percentuale di inappropriatezza clinica al di sotto del valore medio nazionale con trend positivo.
Relativamente all'anno 2013, per quanto riguarda l'indicatore di inappropriatezza clinica la Regione presenta una percentuale del 12,5 al di sotto del valore medio nazionale (pari a 13,5) ed un trend in miglioramento nel triennio 2011-2012-2013.
Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza la Regione si posiziona al di sopra del valore medio nazionale, presentando un trend in lieve miglioramento nel triennio 2011-2012-2013 (vedi tabella allegata).
Nel mese di luglio 2014, la Direzione Salute ed Integrazione Socio Sanitaria della Regione ha elaborato, congiuntamente con l'Agenas, un documento relativo ai percorsi riabilitativi e agli strumenti di valutazione. Questi ultimi, per quanto riguarda l'alta specialità riabilitativa per le gravi cerebrolesioni acquisite e per le mielolesioni, sono stati oggetto di un decreto specifico inerente le tariffe da applicare per questa tipologia di ricoveri.
Pertanto, si ritiene superata l'inadempienza per l'anno 2012; per quanto riguarda il 2013 la Regione è considerata adempiente con impegno ad emanare quanto prima il Piano d'indirizzo regionale per la riabilitazione.

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, un punteggio inadeguato per gli indicatori di performance dovuto ad un livello di attività insoddisfacente per il controllo dell'anagrafe ovicaprina, della scrapie per la percentuale dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione e per il controllo dei residui fitosanitari.
Per i flussi informativi veterinari ha conseguito un buon livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione, ottenendo un punteggio pari all'85% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6. In proposito si segnala un livello insufficiente sia per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili che per l'attività su Scrapie e BSE (vedi tabelle allegate).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Dall'esame della documentazione trasmessa dalla Regione nel mese di febbraio 2015 si prende atto del recepimento dell'Intesa Stato-Regioni del 4 aprile 2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul documento recante "Linee guida per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini".

Si chiede alla Regione di fornire l'elaborazione del "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale rispetto al totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini".
La Regione risulta adempiente con impegno a fornire il predetto l'indicatore.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

SI RINVIA AL PUNTO L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA
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 degli ultimi quattro anni, sebbene quest'ultima sia superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata (17,91% del FSR rispetto alla somma dei tetti pari al 14,85%), con un disavanzo di circa 300 mln di €, al lordo della "quota eccedente i prezzi di riferimento dei farmaci".
La Regione ha ancora importanti margini di miglioramento nella regolazione della propria spesa farmaceutica, sia in ambito territoriale che ospedaliero.
La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella Scheda per il controllo della spesa farmaceutica, allegata al Questionario.
Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica territoriale la Regione ha ottenuto una riduzione della spesa negli anni 2010-2013, tramite una serie di interventi di regolamentazione dell'assistenza farmaceutica regionale, incentrati principalmente sulla razionalizzazione della spesa e 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, la Regione evidenzia un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR nel triennio 2010-2012, incidenza invariata nel 2013 e in gran parte collegata all'acquisto di medicinali innovativi ad alto costo (terapie per HCV e HIV).
La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, che aggiorna con una periodicità bimestrale, trasmesso 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 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 92% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.
Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 92% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

ADEMPIENTE

La regione Lazio ha trasmesso il DCA 206 del 28 maggio 2013 recante "Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio" a seguito del recepimento degli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010-2012, elaborati dal Comitato Lea.

Nel documento inviato la Regione evidenzia la riduzione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici allo standard nazionale di 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. La riduzione dei posti letto è pari ad una quota non inferiore al 50% e viene conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse. Al riguardo, la Regione nel decreto illustra con due tabelle la riduzione e il conseguente dimensionamento delle strutture complesse e semplici regionali da realizzare, che dovrebbe essere inferiore del 30% per le strutture complesse e del 50 % per quelle semplici.

Dai dati del Conto Annuale si evidenzia che la Regione ha raggiunto la copertura totale del flusso informativo Tab.1G per l'anno 2013.

Si informa la Regione che il numero delle strutture complesse da standard, elaborato in base ai posti letto ospedalieri pubblici (11.061 p.l.) attivi al 1 gennaio 2013 è pari a 1043 e il numero di strutture semplici, elaborato in riferimento alla popolazione residente (5.557.276 ab.), è pari a 1367.

Infine, la Regione ha trasmesso in data 05/03/2015 la DGR 65 del 24/02/2015 "Recepimento Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 26 settembre 2013, recante Elenco Nazionale dei direttori di struttura complessa ai fini della composizione delle commissioni di valutazione per il conferimento degli incarichi di struttura complessa per i profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario".

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di aver recepito il Piano nazionale per la malattia diabetica con DCA 121/2013 recante "Recepimento dell'Accordo ai sensi dell'art. 4 D.lgs 28/8/1997 n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante Piano per la malattia diabetica", rep. Atti n. 233/CSR del 6.12.2012".

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	RISPOSTA	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**70,09%**	**0**	**0,0**	

9	RIA 11	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	**100,00%**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	0,5	% modelli STS14 inviati rispetto alle strutture in STS.11 che hanno segnalato la presenza di apparecchiature	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**98,47%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**98,03%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**96,50%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
14	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%	**95,51%**	**2**	**6,0**	
15	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%	**90,90%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**48,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	PUNTEGGIO	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**99,38%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**1,91**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	

4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**1,84**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**1,74**	**2**	**4,0**	

6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**1,70**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**1,63**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**0,00**	**0**	**0,0**	La Regione non raggiunge la copertura del 95% pertanto anche la qualità è valutata insufficiente.

9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**1,90**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**1,77**	**2**	**1,0**	

11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,95**	**1**	**1,5**	
12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,92**	**1**	**2,0**	

13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**2,00**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,069%**	**0**	**0,0**	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**85,92%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**38,5**	**INSUFFICIENTE**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**48,0 - ADEMPIENTE**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**0**	**38,5 - INSUFFICIENTE** **Un flusso con peso maggiore di uno è stato valutato insufficiente.**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**Peso**	**risultato**	**risultato*peso**	***Note***
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**0**	**0**	
						4	**INADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza.

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	
208	Malattie delle vie biliari senza CC	

227	Interventi sui tessuti molli senza CC	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	

377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (Contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	0%	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	n.d. la Regione Lazio nel 2013 non ha aderito alla Sorveglianza Integrata di morbillo e rosolia	0
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/ (numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80%	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	n.d. la Regione Lazio nel 2013 non ha aderito alla Sorveglianza Integrata di morbillo e rosolia	0

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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	U.3: 21,1% Indicatore Griglia LEA: 30% % missing: 18%	10 (il punteggio è passato da 7,5 a 10 in base ad una revisione migliorativa del range di scostamento)
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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore **"**Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 40,2% Anno2012: 40,9% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 43%	0

U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 7,2% Anno2012: 7,3% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 5,4%	0
U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	<u>Definizione PASSI:</u> Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati <u>Definizione Istat:</u> Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 31,8% Anno 2102: 33,1% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 43,8%	0
U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	**5%**	**10**
U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 90,8%	0

U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 70,4%	0
U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 51%	0
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**50**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	13,5	14,7	12,8	13,5	12,5	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	8,0	10,2	9,1	10,5	7,8	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	17,7	9,3	15,2	9,1	12,3	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	**≥ 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 effe+D5:E8+D5:F6ttuati <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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	**≥ 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	≥99,7%	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	**<95%**

4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	**≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma**	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	**nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte**
7	**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**	**>= 98%**	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%
8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	<160 e ≥120	**<120 e ≥50**	< 50
9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	**≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre**	< 70% in almeno 2 categorie

10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 60/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Numero indicatore	Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità					
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	*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**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**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	6	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	**2**	**12**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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 previsiti***	**2**	**8**	
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	4	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***	**2**	**8**	
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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (61% pari a 4695 controlli su 7698)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	*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 [vedere annotazione]	*< 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 "***	**2**	**12**	
9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	***<85% di bovini morti testati per BSE (60,63%)***	*≥ 85% di bovini morti testati per BSE*	**1**	**3**	
10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	

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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	***invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento (14 aprile)***	*invio corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	corrispondenza tra i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	***non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea (numero di animali non corrispondente)***	*corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea*	**0**	**0**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	
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 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*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, D.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	***< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report (0,42%)***	*≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	**1**	**6**	

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	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	***validazione effettuata entro la scadenza prevista***	**2**	**8**	
16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, 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 annotazione]	*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***	**2**	**10**	
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	*< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati*	***≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati***	**2**	**10**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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 annotazione]	*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***	**2**	**12**	

19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	*arrivo dei dati oltre il termine*	***arrivo dei dati entro il termine***	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	***≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale***	**2**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2013 *è stato basato su un riconoscimento condizionato*	***almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	*meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	***almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04***	**2**	**8**	
21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	***comunicazione inviata oltre il termine (SIAN trasmesso il 26 marzo)***	*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 2013 [vedere annotazione]	*tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013*	***tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013***	**1**	**5**	

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 D.Lgs n. 194 del 19.11.2008; DM 24/01/2011 "modalità tecniche per il versamento delle tariffe e la rendicontazione"	6	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 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	***allegato 3 inviato, corretto e completo***	**2**	**12**	
	TOTALE	100								**170**	

SUFFICIENTE punteggio pari al 85% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6

Liguria

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli previsti dall'adempimento in oggetto, nonché il dettaglio degli allegati 5 e 6 del modello LA e la relativa riconduzione ai singoli livelli di assistenza. Si può ritenere superata la discrepanza precedentemente riscontrata relativa al confronto della mobilità intraregionale attiva per l'azienda 105.

Statistici

ADEMPIENTE

Si segnala, in via preliminare, che per l'anno 2012 la Regione era risultata adempiente con impegno a risolvere le criticità sulla copertura e sulla qualità dei nuovi campi della SDO (DM 135 del 8/7/2010).

Per il suddetto flusso non risultano presenti criticità per l'anno 2013.

La copertura e la qualità dei dati risultano buone (vedi tabelle allegate).

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La Regione Liguria con un punteggio pari a 187 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Per la Regione si segnala tuttavia la criticità relativa all'indicatore 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), già rilevata nella verifica 2012.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2014, la Regione Liguria ha una dotazione complessiva di 5.839 posti letto, pari a 3,67 per 1.000 abitanti, di cui 3,06 per pazienti acuti (4.864 posti letto) e 0,61 per riabilitazione e lungodegenza (975 posti letto).

L'offerta di posti letto regionali mostra un trend in progressivo decremento nel triennio di riferimento (anni 2011-2012-2013) e, per l'anno 2013, risulta in linea con lo standard previsto dalla Legge 135/2012.

La Regione ha trasmesso la DGR 1570/2013, oggetto di valutazione già nel 2012, inerente il trasferimento al regime ambulatoriale delle prestazioni afferenti al DRG 410 - chemioterapia; tale atto regionale appare più specificamente rivolto al contenimento del tasso di ospedalizzazione.

F.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2011-2012-2013), un Tasso di ospedalizzazione totale pari a 179,21 nel 2011, a 172,56 nel 2012 e a 161,14 nel 2013.

La quota di ospedalizzazione per il regime diurno è eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, pur se con valori decrescenti. In particolare, nell'anno 2013 è pari al 33,5%.

Si osserva che la Regione sta provvedendo a dare attuazione alla DGR 1750/2013, oggetto di valutazione già nel 2012, inerente il trasferimento al regime ambulatoriale delle prestazioni afferenti al DRG 410 – chemioterapia.

Considerato che tale provvedimento, come pure il Tasso di ospedalizzazione totale espresso nell'anno 2013, sono in linea con i disposti della L. 135/2012, ma dato atto che la quota di ospedalizzazione riferita al ciclo diurno, pur in ulteriore decremento, si mantiene al di sopra dello standard di riferimento, si sono chiesti alla Regione ulteriori interventi volti al contenimento della quota diurna eccedente.
In risposta la Regione ha trasmesso una nota, che rinvia alla futura adozione di un provvedimento volto al trasferimento al regime ambulatoriale di alcune prestazione ospedaliere.
Successivamente, la Regione ha inviato ulteriore documentazione, inerente il trasferimento al regime ambulatoriale delle prestazioni di cui alla procedura chirurgica 75.1 "Amniocentesi diagnostica - prelievo dei villi coriali". Tuttavia, in considerazione dello scostamento dallo standard osservabile per il 2012 per la quota di ospedalizzazione per il regime diurno (33,5%), tale provvedimento non appare sufficiente a garantire il rientro dei valori osservati all'interno dello standard di riferimento di 160 per 1000 abitanti comprensivo del 25% di quota per ricoveri diurni.
La regione è considerata adempiente con impegno ad adottare le misure di riorganizzazione atte a superare tale criticità.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE
La Regione Liguria, con una percentuale pari al 6% di DRG critici, inferiore al valore mediano (10%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza.
Si segnalano le criticità per i DRG 008, 041, 074, 256, 282 e 429 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE
H.1 Monitoraggio ex post
La Regione effettua il monitoraggio ex post ma non risulta raggiunta la soglia prevista per l'adempienza riguardo i campi Classe di priorità, Garanzia tempi di attesa, Prestazioni primo accesso, Struttura sanitaria erogatrice.
H.1.2 Non è possibile misurare i due indicatori (che concorrono alla valutazione di adempienza per l'anno 2013), previsti per le Regioni che presentano una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.
H.2 Monitoraggio ex ante
La Regione si attesta a valori intorno alla soglia prevista del 90%.
H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero
Dai dati pervenuti risulta che la Regione presenta una percentuale di garanzia prossima al 90% eccetto per il campo "Data di prenotazione - Regime ordinario".
H.4 Monitoraggio delle sospensioni
Dai dati presenti nel NSIS risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.
H.4.2 La Regione dichiara con DGR 545/2011 di fornire indicazioni alle Aziende sanitarie affinché prevedano nei propri piani attuativi le procedure da adottare nel caso di sospensione.
Si chiede ai soli fini informativi se la Regione attui il monitoraggio di quanto indicato nella DGR 545/2011.
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.
H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa
La Regione dichiara di verificare sui siti web delle aziende la presenza dei dati relativi ai tempi di attesa.

In relazione alla criticità relativa al Monitoraggio ex post, come convenuto nella riunione del Comitato Lea del 17 dicembre 2014, è stato chiesto alla Regione di trasmettere le tabelle di transcodifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, laddove il codice della prestazione sia diverso dal codice nazionale del nomenclatore di specialistica ambulatoriale, nonché le tabelle di transcodifica delle strutture sanitarie, laddove la codifica delle stesse sia diversa dalla codifica di riferimento di cui al modello STS11, in modo da consentire la rielaborazione dei dati necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa.
La Regione ha trasmesso nel mese di gennaio 2015 le tabelle di transcodifica richieste. Dopo valutazione e analisi dei dati pervenuti dal competente ufficio della DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, la Regione viene considerata adempiente. Si suggerisce alla Regione di provvedere alla piena risoluzione delle criticità sollevate sia per il monitoraggio ex post che per il monitoraggio ex ante.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA
La Regione Liguria ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 334,7 milioni di euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 11,35% del Fabbisogno sanitario regionale dello -0,28% (-8,4 milioni di euro). La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 144,3 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3.5% del Fabbisogno sanitario regionale del 1,27% (38,5 milioni di euro).
La Regione Liguria evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 30,1 milioni di euro.
La Regione, pur rispettando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, evidenzia il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.
Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.
Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.
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 2013.

Regione: LIGURIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	235.871.583	7,80%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	4.339.712	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	4.878.279	0,16%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	4.205.430	0,14%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	93.231.506	3,08%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	42.277.213	1,40%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	19.055.393	0,63%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	23.221.820	0,77%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	334.735.061	11,07%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	3.023.066.803	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	343.118.082	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-8.383.021	-0,28%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**334.735.061**	11,07%
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	244.223.862	8,08%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	15.577.042	0,52%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	2.343.563	0,08%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	515.137	0,0170%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	852.750	0,03%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	131.703.864	4,36%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	3.023.066.803	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	105.807.338	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	3.918.000	0,13%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	6.089.000	0,20%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	12.948.263	0,43%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**144.339.643**	**4,77%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	38.532.305	1,27%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione ha provveduto ad ottemperare agli adempimenti necessari al fine di attivare la procedura di adozione della contabilità analitica.

Relativamente ai nuovi obiettivi richiesti le aziende raggiungono la percentuale prevista ai fini dell'adempimento. La Regione aveva già trasmesso la DGR 869/2013 contenente l'atto di nomina del responsabile dello stato di implementazione della contabilità analitica.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione viene considerata adempiente in base alla Delibera 871/2013 "Nomine dei Direttori Generali ASL 2 e ASL 4" con cui vengono approvati i relativi contratti e, in particolare, al comma 2 dell'art. 3 degli stessi.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, 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.

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre l'84% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE

Il punteggio totale riportato dalla Regione è di 19 punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale del disabile: 1 punto

Offerta assistenziale: 9 punti

Ripartizione degli oneri: 9 punti.

Dando seguito ai chiarimenti richiesti, la regione trasmette la DGR 1366/14 con la quale fissa la quota di compartecipazione a carico del comune per i pazienti inseriti nelle strutture socio-assistenziali (SPR3) al 60%, stabilendo contestualmente che per quelle a prevalente funzione riabilitativa (SPR1), la tariffa è a carico del SSR, trattandosi di strutture nelle quali sono inseriti pazienti che necessitano di programmi riabilitativi specifici volti al miglioramento del livello di autonomia e delle competenze personali e sociali.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 102%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 95,09%

Esito: Adempiente

Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 9,14

Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1

N. Pic erogate 5.691 Tasso di prese in carico 3,64

CIA Livello 2

N. Pic erogate 6.038 Tasso di prese in carico 3,86

CIA Livello 3

N. Pic erogate 813 Tasso di prese in carico 0,52

CIA Livello 4

N. Pic erogate 1.829 Tasso di prese in carico 1,17

Totale PIC erogate 14.371

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 93,74

Esito: Adempiente

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 94,71 %

Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 8,60

Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		Totale assistiti(*)
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
8	0,01	5189	3,32	114	0,07	7471	4,77	12640	8,17	420	0,27	406	0,26	823	0,53	13453

(*) Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione.

La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbe non corrispondere con il valore in Totale assistiti. Infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione in data 14 settembre 2010 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) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Liguria risulta pari a 92,5 ovvero superiore al valore soglia fissato per l'esito di adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

La Regione Liguria pone alla base della pianificazione e programmazione formativa regionale i piani formativi delle aziende sanitarie predisposti sulla base dei fabbisogni formativi aziendali e degli obiettivi formativi nazionali e regionali.

Con DGR 606/2013 ha recepito integralmente l'Accordo Stato-Regioni del 19/04/2012, compreso il Manuale per l'accreditamento dei Provider, ritenendo opportuno non approvare un proprio manuale, inviando un'apposita informativa al referente di segreteria per il CTR.

Inoltre, la Regione dichiara che solo dal 1 gennaio 2014, i provider accreditati inviano al COGEAPS e alla Regione la rendicontazione dei crediti secondo il tracciato unico definito dalla CNFC.

Preso atto dei ritardi con cui la Regione Liguria si è adeguata alla normativa in materia, viene considerata adempiente fatto salvo il parere del CTR in merito all'informativa di cui sopra.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE

Nella Regione sono operativi i PDTA per Ictus, Scompenso cardiaco, Carcinoma colon retto, Tromboembolismo venoso acuto del paziente ospedalizzato, PDTA in ambito riabilitativo e PDTA del paziente affetto da malattia da HIV/AIDS.

Inoltre, la Regione dichiara di effettuare il monitoraggio dei PDTA avvalendosi dell'ARS, che compie rilevamenti periodici su indicatori di interesse, individuati ad hoc, a partire dai flussi istituzionali.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

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);
- 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;
- assistenza riabilitativa: Progetto Attività Fisica Adattata (AFA) realizzato nell'ambito della ASL 4 Chiavarese;
- informazione/formazione coppie aspiranti all'adozione;
- prestazioni integrative (servizio alberghiero e spese viaggio) a favore accompagnatori dei grandi invalidi di guerra.

I dati dichiarati risultano conformi a quanto indicato dalla Regione nel modello LA – allegato 5.

La Regione trasmette nota del Dipartimento Salute e Servizi sociali contenente la ricognizione delle prestazioni aggiuntive garantite ex art. 4 Patto per la salute; nella nota sono indicati i capitoli di bilancio e gli oneri sostenuti.

Nel modello LA – allegato 5, la Regione dichiara di garantire prestazioni per un totale di € 243.000 (a fronte di un totale di € 243.109 risultante dal provvedimento ricognitivo).

In seguito alla richiesta di fornire ulteriori chiarimenti in merito agli oneri sostenuti per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, la Regione trasmette una nota con la quale specifica di avere incluso, con DGR 839/2002, ai sensi del combinato disposto dell'Allegato 2A punto f) e 2B punto c) del Dpcm 29.11.2001, la mesoterapia, l'elettroterapia antalgica, la laser terapia antalgica e l'ultrasuono terapia, tra le prestazioni erogabili a carico del SSR.

La Regione sottolinea che l'inclusione è effettuata nel rispetto di precise indicazioni cliniche e solo se e in quanto complementari e contestuali a prestazioni essenziali.

Dette prestazioni possono essere utilizzate esclusivamente nel trattamento delle disabilità che necessitino di traning di recupero e rieducazione funzionale ed in base alla sussistenza di specifiche modalità e condizioni di erogazione.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione ha recepito l'Intesa del 20/12/2012 in data 28 marzo 2013 con DGR 371, inoltre ha concluso l'iter di accreditamento istituzionale e fornisce le prime informazioni sulle azioni che si accinge a realizzare per adeguare il proprio sistema di accreditamento ed autorizzazione in base ai precetti del documento allegato all'Intesa predetta.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali indicando la normativa regionale emanata in materia e le sperimentazioni ed innovazioni in corso o concluse al 31 dicembre 2013.

Ha allegato la normativa relativa alla proroga di una innovazione e all'estensione di una sperimentazione già esistente e le relazioni annuali di verifica di tutte le innovazioni in corso.

In merito alla sperimentazione gestionale "Centro di artroscopia ortopedica" dalla relazione emerge la conclusione della stessa, in seguito alla ricognizione dei risultati conseguiti, il 31 agosto 2013.

Ha allegato inoltre le deliberazioni del Direttore Generale nn. 308 e 383, relative al Consorzio "Le Medicine di Gruppo come Centri di responsabilità aziendali", relative a "Accordo tra ASL ed il Consorzio" e "Approvazione delle linee generali di indirizzo aziendale".

La tabella relativa alla Relazione annuale di verifica non è stata compilata ma è possibile ritrovare alcune delle informazioni nelle singole relazioni 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 di riorganizzazione della rete laboratoristica privata, Determina ARS 37 del 31/3/2014 "Approvazione Piano per la riorganizzazione e razionalizzazione della rete delle strutture private accreditate di diagnostica di laboratorio" ed ha dichiarato di non avere regolamentato il service di laboratorio.

Con riferimento alla medicina di laboratorio, ha risposto a tutti i quesiti del Questionario.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La Regione Liguria ha trasmesso 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 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 (a parte l'IRCCS A.O. San Martino - IST) che per quelle private è stata eseguita una percentuale di controlli analitici casuali superiori al 10%; delle cartelle controllate non ne sono state confermate il 2,3% per le strutture pubbliche ed il 3,2% per le strutture private accreditate.

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; risultano non confermate il 5% circa delle cartelle cliniche controllate sia per le strutture pubbliche che 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.

In considerazione del crescente numero di cartelle cliniche non confermate rispetto al 2012, sono stati richiesti ulteriori chiarimenti in merito all'efficacia delle misure attualmente adottate.

La Regione ha trasmesso le integrazioni e i chiarimenti richiesti, confermando che nell'anno 2013 i controlli delle cartelle cliniche hanno evidenziato un maggior numero di cartelle non confermate

rispetto al 2012 e che ciò è dovuto al fatto che nella scheda ricognitiva relativa ai controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza confluiscono sia le cartelle cliniche per le quali è stata rilevata inappropriatezza di setting sia quelle con codifiche errate; inoltre, dal 2013, è stato introdotto il controllo di prestazioni convertite dal regime di ricovero al regime ambulatoriale. Le attuali difficoltà organizzative di sistema sono in fase di superamento.
In merito all'efficacia delle misure adottate, la Regione ha previsto per l'anno 2014, tra gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali, AA.SS.LL. ecc. l'inserimento di specifici indicatori-obiettivo dell'area tematica "Assistenza ospedaliera/Governo clinico" riguardanti l'appropriatezza medica e chirurgica delle prestazioni sanitarie (DGR 878).

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione ha dichiarato la spesa protesica di cui al D.M. 332/1999, che coincide con quanto risulta dal modello LA.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE
In sede di prima valutazione la Regione era stata considerata adempiente con impegno a provvedere, nell'ambito della rete di terapia del dolore, all'identificazione dei centri Hub e Spoke e delle relative prestazioni erogate.
La Regione ha trasmesso integrazioni documentali a riguardo, che a disamina effettuata si considerano esaustive nel merito.
Si valutano positivamente le iniziative adottate dalla Regione; tuttavia, nella tabella degli indicatori per la verifica del raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi e strutturali (rif. D.M. 43/07) si osserva che l'indicatore n. 7 risulta elevato.

AO.2
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.
Indicatore di completezza per ASL
Disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento: SI
Esito: Adempiente
N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 6/6 (100%)
Esito: Adempiente.

AO.3
ADEMPIENTE
La documentazione relativa alla formale istituzione del percorso, in recepimento della normativa nazionale di riferimento, è stata oggetto di valutazione in sede di verifica degli adempimenti per l'anno 2012. La Regione risulta avere già ottemperato agli ulteriori adempimenti evidenziati nella tabella del Questionario relativa al PDTA del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE
Gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl hanno consentito nel 2013 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, così come previsto dall'Accordo "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'allegato C del DPCM 1 aprile 2008" del 13/10/2011.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

Dai dati trasmessi dalla Regione emerge che sono rispettati i requisiti richiesti (almeno 7 Raccomandazioni su 15 implementate a livello aziendale al 70%).

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la tabella riportata nel Questionario dalla quale emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono il 50%, non superando in tal modo il valore del 60% richiesto.
La Regione in merito afferma, nella riunione del Comitato LEA del 17 dicembre 2014, che la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici non è stato effettuata in tutte le strutture in quanto alcune (Savona, La Spezia) sono in via di chiusura e quindi la Regione non intende effettuare investimenti, anche di una certa entità, su tali strutture.
Comunque, finché non si saranno ultimate le procedure per la chiusura, verrà stipulata una convenzione con la ASL di Chiavari, soluzione temporanea per garantire ai pazienti prestazioni ottimali dal punto di vista della sicurezza.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione non ha attivato un piano della formazione, tuttavia allega il dettaglio dei corsi effettuati dalle Aziende Sanitarie da cui emerge che il tema della sicurezza del paziente è stato trattato.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Check list di chirurgia; dall'indagine è emerso che 110 UO chirurgiche regionali su 113 utilizzano la Check list di chirurgia, superando pertanto la percentuale richiesta per l'adempienza (75%).

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione non ha prodotto il report.

AS.6 Prevenzione delle cadute

La Regione non ha formalmente adottato un piano regionale, tuttavia le Aziende Sanitarie hanno predisposto al loro interno piani di prevenzione delle cadute.

AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione non ha istituito uno specifico gruppo di esperti, tuttavia si avvale della Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico, nominata con Decreto del Direttore Generale Dipartimento Salute e Servizi Sociali n. 2 del 8.1.2013.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a stipulare la sopra citata convenzione (punto AS.2).

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

Rispetto all'indicatore:

- "Numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici nell'anno 2013" la Regione dichiara 875 punti di prenotazione per ASL1 Imperiese, ASL2 Savonese, ASL3 Genovese, ASL 5 Spezzino e 431 per l'ASL4 Chiavarese;
- "Numero di prenotazioni effettuate nell'anno 2013" la Regione dichiara 2684.531 prenotazioni effettuate nell'anno 2013;
- "Misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate nell'anno 2013" la Regione dichiara come scarto il 40,3% per la ASL1 Imperiese, ASL2 Savonese, ASL3 Genovese, ASL 5 Spezzino e l' 85,7% per l'ASL4 Chiavarese;
- "Rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell'anno 2013" la Regione dichiara come mancata erogazione una percentuale pari al 20.4% per la ASL1 Imperiese, ASL2 Savonese, ASL3 Genovese, ASL 5 Spezzino e del 23.2% per l'ASL4 Chiavarese.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 56,14%

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 93,37%

Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012: 92%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: 82,1%.

Il codice 99 non noto/non risulta è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 185

Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,32.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che i servizi per l'accesso al FSE sono già attivi e prevedono l'accesso solo per medici di base, operatori di sportello e cittadini. Inoltre dichiara che i referti vengono pubblicati sul FSE in formato documentale non strutturato.

Per quanto riguarda i servizi a supporto dell'interoperabilità del FSE la Regione rappresenta che le attività di definizione tecnica e funzionale per l'interoperabilità del FSE sono in corso a livello interregionale e non sono ancora completamente definite.

Nella relazione non è riportata nessuna quantificazione relativa a numero di utenti attivi, numero di MMP/PLS attivi, volume di referti presenti nel FSE, volumi di profili sanitari sintetici.

Tuttavia, con una nota del 4 dicembre 2014, ad integrazione della relazione precedentemente inviata, la Regione ha trasmesso le quantificazioni relative al numero di utenti attivi, al numero di MMP/PLS attivi, al volume di referti presenti nel FSE e al volume di profili sanitari sintetici.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

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 (Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010).

1.1 Si prende atto dell'avvio delle procedure di visite di verifica.

1.2 La Regione riferisce che ha effettuato le visite di verifica delle Unità di Raccolta pre-assessment nel 2013 e in via definitiva nel 2014.

1.3 Tutte le strutture trasfusionali regionali hanno allestito procedure interne in ossequio alla "Guida alle attività di convalida dei processi" edita dal CNS nel febbraio 2014.

AAE.2 Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali (Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011).

2.1 In collaborazione con tutti i SIT e le Associazioni del Volontariato è stato implementato un corso FAD di 20 ore seguito dalla frequenza obbligatoria presso un SIT per 80 ore. Il corso FAD è stato messo a disposizione anche di tutti i dipendenti dei SIT della Regione Liguria come strumento di formazione continua.

2.2 La SRC da anni monitora giornalmente la produzione di emocomponenti. A cadenza semestrale produce report sull'andamento sia della raccolta che dei consumi degli emocomponenti e degli emoderivati presentandoli in riunioni plenarie con i responsabili dei SIT e del mondo del volontariato. Inoltre la SRC riceve copia di tutte le riunioni dei COBUS e il report mensile della raccolta autologa del sangue cordonale.

AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012)

3.1 La SRC organizza ogni anno corsi di formazione rivolti sia al personale laureato che ai TLSB che agli Infermieri per fornire una formazione continua specifica nella medicina trasfusionale.

3.2 Il processo di accentramento delle validazioni è completato e attualmente tutte le unità di sangue omologo/autologo vengono validate presso una sola struttura IRCCS San Martino (DGR 708/2013). Il processo di accentramento delle lavorazioni invece confluirà su due poli: San Martino e ASL 2.

AAE.4 Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) (Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013)

4.1 L'Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013 è stato recepito il 27 dicembre 2013.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

Dalla documentazione trasmessa dalla Regione Liguria si evince che non sono presenti PN con meno di 500 parti anno. Inoltre, con DGR 613 del 23/05/2014 "Approvazione, su proposta dell'Agenzia Regionale Sanitaria (A.R.S.), del programma regionale di attività formative, per l'anno 2014, relative all'ambito della sicurezza del percorso nascita", sono state previste le attività formative per gli operatori sanitari coinvolti nel percorso nascita. In tal senso, si ritiene superato l'impegno relativo alla verifica 2012. Le attività formative programmate appaiono ben progettate, poiché affrontano molte delle tematiche e problematiche legate al percorso nascita e garantiscono la multidisciplinarietà dei partecipanti.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE

La Regione ha formalizzato l'assetto dell'attuale sistema di Emergenza-Urgenza con il PSR 2009-2011 e con DGR 8 del 28/02/2008. Pertanto l'Emergenza ospedaliera copre 5 bacini di utenza (ASL 1 Imperiese, ASL 2 Savonese, ASL 3 Genovese, ASL 4 chiavarese e ASL 5 Spezzino) per un totale di 17 Ospedali aventi 6 DEA di I° livello (uno per bacino eccetto quello Genovese che ne ha 2), 2 DEA di II° livello (nel Savonese e Genovese), 1 DEA di II° livello Pediatrico (nel Genovese), 2 PS (nel Genovese e nel Sarzana), 4 PPI ospedalieri h24 (nell'Imperiese, nel Genovese e 2 nel Savonese) e 2 h12 (nel Genovese e nel Chiavarese). L'Emergenza Territoriale comprende il sistema 118, con una Centrale Operativa per ciascuna delle 5 ASL, ed i nodi della rete, individuati dal PSR 2009-2011 (Unità di Medicina Generale, Continuità assistenziale, Unità Territoriali di Assistenza Primaria, ambulatori Specialistici Distrettuali ed un servizio di primo Intervento).

Il sistema 118 coordina, attraverso le Centrali Operative, gli interventi di soccorso extraospedaliero tramite le ambulanze delle Pubbliche assistenze e della CRI. In particolare sul territorio operano 18 automediche (di cui 14 sulle 24 ore) con personale medico ed infermieristico e nelle aree geografiche disagiate possono essere attivate ambulanze con personale infermieristico a bordo.

Nell'anno 2013, con Decreto del Segretario Generale della Giunta regionale n. 10 del 28/03/2013, è stato costituito un gruppo di lavoro incaricato di valutare la possibilità di ridurre il numero delle Centrali Operative e di disattivare la Centrale Operativa dell'ASL 4 Chiavarese con il successivo trasferimento delle competenze al Servizio 118 dell'ASL 3 Genovese.

Ai fini dell'integrazione tra il territoriale e l'ospedale, il sistema 118 svolge funzioni di coordinamento e di gestione degli accessi alle strutture ospedaliere di PS, sia in regime ordinario sia in caso di eventi eccezionali o di elevato afflusso.

Il GORE (Gruppo Operativo Ristretto Emergenza) rappresenta l'organismo sovraziendale preposto al coordinamento delle attività regionali dell'emergenza-urgenza. Nell'anno 2013, con provvedimento della Giunta Regionale, sono aumentati i componenti di tale organismo e con DGR 1509 del 29/11/2013 è stata introdotta la figura del "bed manager", cui compete la gestione dei posti letto.

Il raccordo tra l'emergenza-urgenza e la continuità assistenziale rientra tra i compiti svolti dalle Centrali Operative.

La Regione trasmette inoltre, ad integrazione delle informazioni già fornite, i seguenti chiarimenti:

- con la DGR 542 del 17/05/2013 è stato incaricato il Dipartimento Salute, le Aziende Sanitarie ed enti equiparati e l'Agenzia Sanitaria Regionale ad adottare i provvedimenti e le azioni necessari al recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013;
- le reti delle patologie tempo dipendenti vengono monitorate con gli indicatori del sistema MES (Laboratorio Management e Sanità – Scuola Superiore sant'Anna Pisa) e del PNE (Piano Nazionale Esiti), oltre che con la realizzazione di rilevazioni ad hoc.

La Regione ha comunicato tutte le informazioni richieste dal Questionario 2013.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 100,47%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con ASL e Comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 98,17%

Esito: Adempiente

Numero accessi in PS per 1000 residenti: 405,07

Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:

N. accessi EMUR PS per triage all'accesso

B 65.697 V 418.520 G 137.985 R 11.764 N 18 Totale 633.984

N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso

B 68.791 V 436.660 G 90.847 R 9.928 N 214 N.A. 27.544 Totale 633.984

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 228,36%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/ totale record campi data-ora: 100,00%

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/ totale record campi data-ora: 100,00%

Esito: Adempiente.

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).

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

In continuità con le azioni intraprese nel corso del biennio 2011-2012 la Regione prosegue l'opera di riordino dell'assetto organizzativo delle attività distrettuali e delle modalità di erogazione delle Cure primarie secondo quanto disposto dalla Legge 189/2012. Ha infatti dato mandato alle ASL di attivare sia le forme integrate di Assistenza multi professionale (UCCP) a garanzia della continuità assistenziale che le Aggregazioni Funzionali Territoriali. Allo stato attuale sono presenti sul territorio regionale 42 AFT con la partecipazione del 68% dei MMG liguri e sono state attivate 8 UCCP, 2 Case della Salute e 7 UTAP da fare evolvere in Unità Complesse di Cure Primarie attraverso la costituzione delle unità assistenziali multi professionali. In tale processo di riorganizzazione, che vede la necessità di una profonda trasformazione culturale di tutto il personale sanitario, la Regione prevede l'attivazione di programmi di formazione e aggiornamento obbligatori (ECM) rivolti al personale medico (dipendente e convenzionato) e infermieristico.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La Regione Liguria ha inviato una relazione in cui vengono sintetizzati i contenuti del Piano d'indirizzo per la Riabilitazione. La Regione non ha attivato specifici percorsi terapeutici riabilitativi.

Per quanto riguarda l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2013, la Regione presenta una percentuale del 14,2 al di sopra del valore medio nazionale pari a 13,5.

Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza a rischio di inefficienza la Regione presenta una posizione positiva, confermando il trend del triennio 2011-2012-2013 (vedi tabella allegata).

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La Regione risulta sufficiente per 5 item su 5.

Per gli indicatori di performance si riscontra in particolare un livello di attività insoddisfacente per la percentuale dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione e per il controllo dei residui fitosanitari.

Per i flussi informativi veterinari ha conseguito un buon livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (sufficiente con un punteggio pari all'88% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6).

In proposito si segnala un livello insufficiente sia per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili che per le modalità di rendicontazione dell'attività riconducibile ai controlli ufficiali per la ricerca di residui fitosanitari (vedi tabelle allegate).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Stante quanto risulta dal valore assunto dall'indicatore calcolato dalla Regione "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini", le strutture che hanno attivato servizi di refertazione digitale costituiscono il 100% delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini.

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 triennio 2010-2012.

Nel 2013 la spesa farmaceutica regionale è rimasta pressoché invariata rispetto all'anno precedente (16,61% del FSR, superando il finanziamento programmato in corrispondenza del 14,85%), mostrando come agli ottimi risultati ottenuti sul versante della spesa farmaceutica territoriale (11,84% del FSR, al lordo della "quota eccedente i prezzi di riferimento dei farmaci", rispetto al tetto del 11,35%), si affianchi una non efficiente gestione della spesa farmaceutica ospedaliera (4,77% del FSR rispetto al tetto del 3,5%).

La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica" allegata al Questionario.

Riguardo la spesa farmaceutica territoriale, la regione Liguria ha dichiarato di aver ottenuto un contenimento della spesa attraverso un Piano di qualificazione dell'Assistenza Farmaceutica che definisce 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 crescente dell'incidenza della spesa sul FSR, nonostante i numerosi interventi operati in questo ambito assistenziale, e in gran parte collegata all'acquisto di medicinali innovativi ad alto costo.
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 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 97% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.
Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 98% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 97% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

ADEMPIENTE
La Regione Liguria ha trasmesso la proposta al Consiglio Regionale n. 29 del 23/10/2012, relativa a "Potenziamento dell'offerta territoriale. Adeguamento dell'offerta ospedaliera agli standard nazionali", che in allegato riporta il riassetto della rete ospedaliera e il recepimento degli standard nazionali relativi alle strutture semplici e complesse approvati dal Comitato Lea nella seduta del 26 marzo 2012.
La Regione dall'indagine condotta nell'ambito del Comitato Lea per la fissazione dei parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN prevista dall'art.12 del patto per la salute 2010-2012, non evidenziava criticità di rilievo.
La Regione nel documento trasmesso riporta in allegato un riepilogo dei dati riferiti alle aziende sanitarie con il numero di strutture complesse ospedaliere cliniche per specialità, escludendo del tutto il numero di strutture complesse non ospedaliere e di strutture semplici.
La Regione recepisce l'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013 relativo a "Elenco nazionale dei Direttori di struttura complessa ai fini della composizione delle Commissioni di valutazione per il conferimento degli incarichi di struttura complessa per i profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario".
La Regione ha inviato, ad integrazione della documentazione precedentemente trasmessa, la nota prot. 8800 del 28.10.2014 a firma del Direttore Generale dell'ARS, recante il confronto fra i parametri standard individuati dal Comitato Lea in data 26 marzo 2012 e i parametri calcolati sugli incarichi di strutture complesse e semplici previsti per il 2013, dagli atti aziendali delle aziende sanitarie liguri.

La nota evidenzia che il numero di strutture complesse previste è pari a 278 ospedaliere e 166 non ospedaliere, non in linea con quanto rilevato dai dati della Tab.1G del Conto annuale al 31 dicembre 2013. Infatti risulta che la Regione ha previsto 376 strutture complesse (ospedaliere e non ospedaliere) e 778 strutture semplici, evidenziando una differenza di meno 90 strutture complesse e un numero in eccesso di strutture semplici pari a 167 rispetto alle strutture regionali da standard.
Si invita la Regione ad una attenta verifica al fine di rendere congruenti i dati indicati nella nota inviata e quelli rilevati dalla Tabella 1G del Conto annuale.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE
La Regione dichiara di aver recepito il Piano nazionale per la malattia diabetica con DGR 456 del 18 aprile 2014 recante "Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 6 dicembre 2012 sul documento recante Piano per la malattia diabetica".

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	RISPOSTA	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**98,64%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**100,00%**	**2**	**2,0**	

9	RIA 11	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	**100,00%**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
14	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%	**95,16%**	**2**	**6,0**	
15	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%	**94,20%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**50,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	PUNTEGGIO	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**97,16%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	

4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**1,92**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**2,00**	**2**	**4,0**	

6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**1,75**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**-**	**1**	**1,0**	

9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**1,92**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**1,91**	**2**	**1,0**	

11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**2,00**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**2,00**	**2**	**4,0**	

13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**2,00**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,025%**	**1**	**3,0**	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**88,43%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**46,0**	**BUONA**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**50,0 - ADEMPIENTE**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**2**	**46,0 - BUONA**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**peso**	**risultato**	**risultato*peso**	**Note**
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**2**	**4**	
						8	**ADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza.

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	
208	Malattie delle vie biliari senza CC	

227	Interventi sui tessuti molli senza CC	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	

377	Diagnosi relative a post parto e post aborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (Contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	31%	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	66,7%	7,5
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/ (numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80%	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	85,3%	15

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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	U.3: 25,2% Indicatore Griglia LEA: 52% % missing: 13	30
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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore **"**Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 38,7% Anno2012: 33,8% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 39,2%	0
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013:14,4% Anno2012: 16,1% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 4,2%	0

U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	Definizione PASSI: Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati Definizione Istat: Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 27,9% Anno 2102: 24,9% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 35,3%	0
U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	5,1%	10
U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 93,7%	0
U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 85,5%	0

U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 65,8%	0
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**92,5**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	14,3	14,7	11,7	13,5	14,2	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	14,7	10,2	15,0	10,5	16,0	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	2,9	9,3	3,1	9,1	3,1	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	**≥ 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 effe+D5:E8+D5:F6ttuati <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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	**≥ 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	**≥99,7%**	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	<95%
4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	**≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma**	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	**attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9**	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte
7	**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**	**>= 98%**	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%

8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	<160 e ≥120	**<120 e ≥50**	< 50
9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	**≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre**	< 70% in almeno 2 categorie
10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 75/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Numero indicatore	Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità					
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	*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**	**16**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**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	6	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	**2**	**12**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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 previsiti***	**2**	**8**	
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	4	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***	**2**	**8**	
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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (43% pari a 1576 controlli su 3660)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	***non inviato entro la data prevista (15 casi su 32 registrati oltre i 90 gg per ovaiole)***	*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 [vedere annotazione]	*< 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"***	**1**	**6**	
9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	***<85% di bovini morti testati per BSE (70%)***	*≥ 85% di bovini morti testati per BSE*	**1**	**3**	
10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	

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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	*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 i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	
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 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*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, D.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	*< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	***≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report***	**2**	**12**	

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	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	***validazione effettuata entro la scadenza prevista***	**2**	**8**	
16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, 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 annotazione]	*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***	**2**	**10**	
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	*< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati*	***≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati***	**2**	**10**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2

18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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 annotazione]	*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***	**2**	**12**	
19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	***arrivo dei dati oltre il termine***	*arrivo dei dati entro il termine*	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	***> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale (5 campi)***	*≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	**1**	**8**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2013 *è stato basato su un riconoscimento condizionato*	***almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	*meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	***almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04***	**2**	**8**	

21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	*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 2013 [vedere annotazione]	*tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013*	***tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013***	**2**	**10**	
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 D.Lgs n. 194 del 19.11.2008; DM 24/01/2011 "modalità tecniche per il versamento delle tariffe e la rendicontazione"	6	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 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	***allegato 3 inviato, corretto e completo***	**2**	**12**	
	TOTALE	100								**176**	

SUFFICIENTE punteggio pari al 88% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6

Lombardia

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha rispettato l'adempimento in oggetto, garantendo sia la trasmissione dei dati al NSIS sia la qualità richiesta. Ha inoltre provveduto all'invio degli Allegati 5 e 6 del modello LA e alla relativa riconduzione ai livelli di assistenza.

Statistici

ADEMPIENTE

La copertura e la qualità dei dati risultano buone (vedi tabelle allegate).

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Lombardia con un punteggio pari a 187 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia delle criticità per l'indicatore 6.3 Contaminanti negli alimenti di origine vegetale - Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Inizialmente la Regione, pur mostrando una dotazione di posti letto lievemente superiore rispetto agli standard fissati dalla L. 135/12, aveva trasmesso documentazione non direttamente correlata alle azioni di programmazione regionale volte a ricondurre le dotazioni di posti letto entro gli standard nazionali.

Successivamente la Regione trasmette una nota, priva di intestazione e di firma, che fa riferimento all'impatto della mobilità sulla dotazione dei posti letto, secondo quanto definito dal Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni il 5 agosto 2014.

Si rileva che la nota regionale sopra citata sembra contenere un probabile refuso, atteso che non viene riferita la dotazione rilevata applicando la metodica di cui al Regolamento; infatti, viene riportata due volte la medesima dotazione di 3,86 posti letto per mille abitanti.

La Regione trasmette ulteriore integrazione documentale, consistente in una analitica relazione tecnica che, a disamina effettuata, si considera esaustiva nel merito.

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2011-2012-2013) un Tasso di Ospedalizzazione totale per 1000 abitanti, comprensivo delle modalità diurna, acuzie e postacuzie, inferiore a 160 per 1000 abitanti, quindi in linea con i contenuti della L. 135/12 già nell'anno 2011 (150,84), con un ulteriore decremento nel 2012 (141,85) e nel 2013 (134,29).

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è al di sotto del valore del 25% nei tre anni osservati, con valori decrescenti (15,27% nel 2012).

La Regione non ha trasmesso documentazione in quanto già in linea con gli standard nazionali.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Lombardia con una percentuale pari al 20% di DRG critici superiore al terzo quartile (18%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'inadempienza (vedi tabella allegata).

Tuttavia, sulla base della documentazione trasmessa dalla Regione in riferimento alla DGR 1185/2013 con la quale è stato fissato un tetto massimo regionale dei ricoveri appartenenti ai 108 DRG, considerando le azioni descritte relativamente ai ricoveri per acuti e tenendo conto che la metodologia prevista per l'anno 2015, condivisa nella riunione del Comitato LEA del 17 dicembre 2014 prevede una valutazione basata esclusivamente sulle attività erogate in regime di acuzie, si considera la Regione adempiente con impegno a verificare gli effetti di tali azioni per l'anno 2014.

La regione Lombardia trasmette documentazione integrativa, in particolare la DGR 2989/2014 ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015" nella quale vengono indicati, tra l'altro, gli interventi per la riduzione dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui al Patto della Salute 2010/2012 e le procedure riconducibili ai suddetti 108 DRG. Tale documentazione tuttavia non modifica quanto sopra esposto.

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 "Classe priorità prestazione", "Garanzia tempi attesa" e "Prestazioni I accesso" presentano una valorizzazione inferiore alla soglia prevista sia per il I semestre che per il II semestre.

H.1.2 Non è possibile misurare i due indicatori (che concorrono alla valutazione di adempienza per l'anno 2013) previsti per le Regioni per le quali risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto attività di monitoraggio ex ante. Per l'anno 2013 non raggiunge la soglia prevista del 90% per la Classe B nelle due settimane indice.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Dai dati pervenuti risulta che la Regione raggiunge la soglia del 90% prevista per ambedue i campi.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni

Dai dati pervenuti risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

H.4.2 La Regione ha indicato gli interventi per fronteggiare i disagi causati dalle 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.

H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa

Al riguardo la Regione dichiara di aver fornito con DGR X/1185 del 20/12/2013 informazioni alle Aziende pubbliche e private per l'indicazione, nel proprio sito in apposita sezione Liste di attesa, dei tempi di attesa individuati.

In relazione alla criticità relative al monitoraggio ex post, come convenuto nella riunione del Comitato Lea del 17 dicembre 2014, è stato chiesto alla Regione di trasmettere le tabelle di transcodifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, laddove il codice della prestazione sia diverso dal codice nazionale del nomenclatore di specialistica ambulatoriale, nonché le tabelle di transcodifica delle strutture sanitarie, laddove la codifica delle stesse sia diversa dalla codifica di riferimento di cui al modello STS11, in modo da consentire all'Ufficio istruttorio la rielaborazione dei dati necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa.

La Regione ha trasmesso nel mese di gennaio 2015 le tabelle di transcodifica richieste. Dopo valutazione e analisi dei dati pervenuti dal competente ufficio della DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, la Regione viene considerata adempiente. Si suggerisce alla Regione di provvedere alla piena risoluzione delle criticità riscontrate per il monitoraggio ex ante.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

La Regione Lombardia ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 1.803,4 milioni di euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 11,35% del Fabbisogno Sanitario Regionale dello -0,99% (-171,4 milioni di euro). La spesa ospedaliera, come definita ai sensi dell'art.5, comma 5 della L.222/2007, risulta di 720,5 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del Fabbisogno Sanitario Regionale dello 0,64% (111,5 milioni di euro).

La Regione Lombardia evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente all'interno dei livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un avanzo di -59,9 mln di euro.

Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.

Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2013.

Regione: LOMBARDIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	1.382.307.337	7,94%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	22.029.654	0,13%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	28.850.072	0,17%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	25.101.435	0,14%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	355.184.392	2,04%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	253.530.332	1,46%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	141.919.372	0,82%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	111.610.960	0,64%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	1.803.429.940	10,36%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	17.399.824.169	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	1.974.880.043	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-171.450.103	-0,99%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**1.803.429.940**	**10,36%**
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	1.111.222.028	6,39%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	68.348.944	0,39%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	12.702.717	0,07%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	2.626.681	0,0151%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	6.554.669	0,04%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	665.804.625	3,83%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	17.399.824.169	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	608.993.846	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	14.785.000	0,08%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	0	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	28.405.390	0,16%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**720.533.179**	**4,14%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	111.539.333	0,64%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso la Scheda per la verifica e monitoraggio stato d'implementazione CO.AN. e la DGR 197/2013 ad oggetto "IV Provvedimento Organizzativo 2013"; a disamina effettuata, la suddetta documentazione si considera esaustiva nel merito.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione in base alla DGR 2186/2010 risulta aver ottemperato all'adempimento in oggetto.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, 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.

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre l'84% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE

La Regione viene considerata adempiente; tuttavia si rileva che i trattamenti socio-riabilitativi residenziali a persone con disturbi mentali (ex degenti in OP) risultano totalmente a carico del SSR in difformità con la normativa nazionale. Si segnala tale difformità ai fini della eventuale inclusione di tali prestazioni tra i livelli ulteriori di assistenza, da riportare al punto y) Lea aggiuntivi del Questionario.

Il punteggio totale riportato dalla Regione è di 18 punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale dell'anziano non autosufficiente in cure domiciliari: 1 punto

Offerta assistenziale: 9 punti

Ripartizione degli oneri: 8 punti.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 92%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 58,68%

Relativamente a quanto sopra riportato, la Regione ha avviato le attività necessarie per la trasmissione al NSIS dei dati SIAD mancanti al fine di poter garantire l'acquisizione di tutte le informazioni utili per il calcolo dell'Indicatore.

Esito: Adempiente

Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 4,08

Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1

N. Pic erogate 9.888 Tasso di prese in carico 1,01

CIA Livello 2

N. Pic erogate 19.330 Tasso di prese in carico 1,97

CIA Livello 3

N. Pic erogate 3.122 Tasso di prese in carico 0,32

CIA Livello 4

N. Pic erogate 7.898 Tasso di prese in carico 0,81

Totale PIC erogate 40.238

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 115,50

Esito: Adempiente

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 119,86 %

Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 11,14

Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		Totale assistiti(*)
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
31411	3,21	50290	5,13	4584	0,47	14343	1,46	97508	10,27	11566	1,18	0	0,00	11566	1,18	109074

(*)Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione.

La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbe non corrispondere con il valore in Totale assistiti. Infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione dichiara con DGR 10/1185 del 20/12/2013 l'equivalenza complessiva rispetto al nuovo tariffario nazionale di cui al DM 18 ottobre 2012 "Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale", prevedendo l'abbattimento del 40% per le tariffe relative alla lungodegenza oltre il valore soglia di 60 giorni.

u) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Lombardia risulta pari a 85 ovvero superiore al valore soglia fissato per l'esito di adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

La Regione durante l'anno 2013 non si è uniformata alla normativa in materia per quanto concerne l'invio dei report contenenti i dati dei partecipanti agli eventi formativi al COGEAPS e all'Ente accreditante; pur tuttavia, considerando le attività intraprese nell'anno in corso e i risultati raggiunti si valuta positivamente, segnalando come rilevante la criticità connessa alla tempistica di realizzazione del corretto sistema di trasmissione dei dati. In merito, si osserva infatti che, al di là di ogni valutazione circa la tempistica riportata (ottobre 2014), la stessa non viene indicata come certa ma in termini ipotetici.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE

La Regione Lombardia ha avviato da anni iniziative con l'intento di individuare per ogni patologia appositi PDTA, previlegiando la multiprofessionalità e l'innovazione.

La Regione dichiara di effettuare il monitoraggio dei PDTA individuati attraverso i dati disponibili nel DWH regionale utilizzando indicatori di percorso e di esito le cui risultanze sono condivise con le Aziende.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di garantire prestazioni aggiuntive di

- assistenza farmaceutica: farmaci di fascia C ai soggetti affetti da malattie rare (DGR 7/7328 del 2001 allegata al Questionario 2007), fornitura di farmaci ai soggetti detenuti con accordo (DGR 7/11705 del 2002 allegata al Questionario 2007);
- assistenza specialistica: alcune prestazioni di medicina fisica non comprese in All. 2b (DGR 3111/2006);
- assistenza integrativa: prodotti aproteici a pazienti nefropatici in attesa di dialisi e a bambini affetti da intolleranza alle proteine del latte vaccino associata ad intolleranza alle proteine del latte di soia.

Si citano la DGR 68804 del 24 maggio 1995 e la L.R. n. 47/89, non allegata.

La Regione trasmette il decreto n. 7559 del 5.8.2014 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 2013 (per un totale di € 8.711.364). Si precisa, inoltre che le predette risorse non sono poste a carico del FSN e trovano copertura nell'equilibrio complessivo del SSR.

Nel modello LA - Allegato 5 oltre alle prestazioni indicate nel Questionario sono riportate anche "Altre prestazioni escluse dai Lea (codice A5199)" per una spesa di € 60.175.000 (il totale della spesa relativa alle prestazioni ulteriori risulta essere di € 68.886.000). La Regione chiarisce che la suddetta voce è riferita esclusivamente ad attività di ricerca, finanziata in parte dal Ministero della salute (contributi per la ricerca corrente e per la ricerca finalizzata) e in parte da altri Enti Pubblici o Privati (contributi per la ricerca finalizzata).

La Regione conferma, quindi, che non si tratta di prestazioni extra Lea ma di mera attività di ricerca svolta dalle 4 Fondazioni IRCCS Pubbliche della regione Lombardia.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione documenta il recepimento dell'Intesa Stato-Regioni (Rep. Atti n. 259/CSR del 20/12/2012), avvenuto con DGR X/1101 del 20 dicembre 2013. In riferimento all'iter relativo all'accreditamento istituzionale, deve ritenersi evaso esaustivamente, atteso che risultava già concluso dalla verifica 2012. Nulla informa sulle azioni propedeutiche all'attuazione dei contenuti tecnici dell'Intesa del 20 dicembre 2012.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La Regione Lombardia ha compilato la scheda di rilevazione fornendo le informazioni richieste in materia di sperimentazioni gestionali, in corso o concluse al 31 dicembre 2013, ed in materia di legiferazione regionale emanata.

In merito alle sperimentazioni gestionali ha indicato tutte le sperimentazioni in corso o concluse al 31 dicembre 2013 ed ha allegato i riferimenti normativi di ognuna. Delle 4 Fondazioni in corso al 31 dicembre 2012, la Fondazione "Realizzazione di un Centro Clinico-integrato dedicato alla ricerca, diagnosi e cura nel campo delle distrofie muscolari e patologie correlate" è stata dichiarata conclusa accogliendo, con DGR 1468/2014, la richiesta di consolidamento nell'ordinamento regionale del modello sperimentato.
La Regione ha inoltre allegato le relazioni annuali di verifica di ogni sperimentazione in corso.

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

ADEMPIENTE
La Regione ha indicato la normativa di riferimento sulla riorganizzazione della rete laboratoristica, già precedentemente allegata.
Con riferimento a quanto previsto dalla DGR n. IX/2633 del 2011 sulla ulteriore razionalizzazione dei laboratori è stato richiesto alla Regione, già nel corso della verifica adempimenti 2012, di fornire chiarimenti in merito alla mancata realizzazione della prosecuzione del processo di riorganizzazione e razionalizzazione della rete; la Regione ha allegato in merito una nota in cui chiarisce che il rallentamento di tale processo nell'anno 2013 è stato principalmente causato dal cambio dell'Amministrazione regionale. Riconferma, ad ogni modo, tra le priorità il riordino dei laboratori inserendo tra le competenze del Comitato Regionale per i Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMeL) proposte di razionalizzazione delle strutture di laboratorio.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE
La Regione Lombardia identifica, tramite le tabelle inviate, le seguenti prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza [Ricoveri DH medici a carattere diagnostico, Parti Cesarei, percentuale di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni, percentuale di casi complicati, incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa, percentuale di ricoveri ripetuti per la stessa MDC ed all'interno dello stesso ospedale, percentuale di ricoveri ripetuti nello stesso ospedale, numero di accessi per SDO in regime di day hospital, importo medio per reparto, percentuale di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni].
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 2,4% dei controlli sulla totalità delle cartelle cliniche per le strutture pubbliche ed il 2,9% per le strutture private accreditate; delle cartelle controllate non sono state confermate, a livello regionale, l' 8,6% circa delle cartelle cliniche relative alle strutture pubbliche ed il 5,8% delle cartelle cliniche per le strutture private accreditate. Per alcune strutture pubbliche e private non si rilevano attività di controllo; si resta in attesa di chiarimenti.
In riferimento alla Tabella 1 (Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) emerge che nel complesso è stata eseguita una percentuale di controlli analitici casuali superiori al 10% a livello regionale, sia per le strutture pubbliche che private accreditate. 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. Delle cartelle controllate non sono state confermate, a livello regionale, il 9,5% circa delle cartelle cliniche relative alle strutture pubbliche ed il 6,5% delle cartelle cliniche per le strutture private accreditate.
Infine si segnalano i dati discordanti, riportati nella Tabella 1 e 2, del numero di cartelle cliniche totali delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate.
La Regione ha trasmesso in data 8 agosto 2014 i chiarimenti relativi ai dati discordanti sul numero di cartelle cliniche totali delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate, riallegando le Tabelle 1 e 2 con le opportune modifiche; fornisce i chiarimenti riguardo alcune strutture pubbliche e private per le quali non viene rispettata la soglia del 10% (Controlli analitici casuali ai sensi

dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) richiamando le Regole d'Esercizio per il 2014 (DGR n. X/1185/2013); infine per quanto concerne la mancata rilevazione di attività di controllo relativamente ad alcune strutture pubbliche e private per i controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009, descrive una modalità di calcolo che spiega la differenza in termine di controlli a carico di alcuni Presidi.
Si richiede tuttavia di inserire nel Report il dettaglio della metodologia di calcolo descritta.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione ha certificato il dato della spesa protesica anno 2012, dichiarando la non coerenza con il valore di spesa contabilizzato nel modello LA. Nei valori di spesa dichiarati dalla Regione occorre aggiungere €15.738.198 attribuibili a dispositivi extra-nomenclatore, ma riconducibili al SSN e pertanto erogabili a carico del SSN. A tal proposito, a seguito di richieste di chiarimenti, la Regione ha fornito esaustiva spiegazione in merito, dichiarando che per quanto riguarda i microinfusori per diabete i costi sono stati inseriti nel Modello LA all'interno dell'Assistenza Protesica e considerata la stessa nei Flussi Protesica. Quanto predetto è motivo della discrepanza rilevata per l'anno 2012. Verranno date per l'anno futuro istruzioni alle Aziende Sanitarie per una corretta allocazione a bilancio nella spesa per assistenza integrativa dei costi predetti.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE
Inizialmente viene rilevata la mancata istituzione della rete di terapia del dolore, e conseguentemente non risultano individuate le strutture aventi ruolo di Hub e Spoke né le relative prestazioni erogate.
Nella tabella degli indicatori per la verifica del raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi e strutturali (rif. DM 43/07) si osserva che l'indicatore n. 1 risulta inferiore allo standard di riferimento mentre l'indicatore n. 7 risulta elevato. Per quanto riguarda gli indicatori nn. 5 e 6, forniti in riferimento alle diverse realtà territoriali invece che a livello regionale, la Regione ha trasmesso una esauriente nota di chiarimenti.
Si chiede alla Regione di provvedere all'istituzione della rete di terapia del dolore e, nell'ambito di questa, all'identificazione dei centri Hub e Spoke e delle relative prestazioni erogate, e al potenziamento dei sistemi di raccolta dati per garantire maggiore accuratezza nella compilazione della tabella degli indicatori. Si precisa che le uniche fonti dati di riferimento sono quelle che alimentano i flussi informativi NSIS.
La Regione, ad integrazione di quanto precedentemente trasmesso, invia la deliberazione n. 1563/2014, inerente determinazioni in merito allo sviluppo della rete di terapia del dolore, che si ritengono esaustive nel merito.

AO.2
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.
Indicatore di completezza per ASL
Disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento: SI
Esito: Adempiente
N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 64/67 (97%)
Esito: Adempiente.

AO.3

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di avere ottemperato agli adempimenti evidenziati tabella del Questionario relativa al PDTA del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia; ha inoltre trasmesso la DGR 4610/2012 avente ad oggetto "Determinazioni in ordine alla rete di cure palliative e alla rete di terapia del dolore in regione Lombardia in applicazione della Legge 38 del 15 marzo 2010".

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

Gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl hanno consentito nel 2013 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, così come previsto dall'Accordo "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'Allegato C del DPCM 1 aprile 2008" del 13/10/2011.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha effettuato il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni. Sono rispettati i requisiti richiesti, dal momento che la Regione dichiara che tutte le 15 Raccomandazioni del Ministero sono state implementate con un livello superiore al 70%.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

Le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni sono 31 su 35, rappresentando il 88,57%, superando in tal modo il valore soglia del 60% .

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione ha trasmesso il Decreto 1665 del 28/02/2013 con cui è approvato il Piano per la formazione sulla sicurezza dei pazienti, ed ha allegato l'elenco dei corsi attivati.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Check list di chirurgia; dall'indagine è emerso che quest'ultima viene utilizzata da 568 UO chirurgiche regionali su 572. Il criterio per l'adempienza (percentuale del 75%) è raggiunto.

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione ha trasmesso la documentazione circa l'implementazione dell'attività di monitoraggio sulle Raccomandazioni del Ministero in parte svolta nel 2013.

AS.6 Prevenzione delle cadute

La Regione ha trasmesso il Decreto Direzione Generale Sanità n. 7295 del 22 luglio 2010 per la prevenzione delle cadute.

AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione invia la documentazione richiesta.

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

Rispetto all'indicatore:

- "Numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici nell'anno 2013" la Regione dichiara che all'interno di ogni singola struttura pubblica è presente un punto di prenotazione/accettazione;
- "Numero di prenotazioni effettuate nell'anno 2013" la Regione dichiara che sono state effettuate 3.313.950 prenotazioni mediante Call Center Regionale;
- "Misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate nell'anno 2013" la Regione dichiara che ha effettuato una stima tra prestazioni prenotate rispetto a quelle erogate la quale risulta pari al 60%;
- "Rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell'anno 2013" la Regione dichiara che nel corso del 2013 è stata avviata la rilevazione finalizzata ad analizzare il fenomeno no-show presso tutte le strutture erogatrici pubbliche ed ottimizzare i servizi finalizzati a controllare e migliorare tale fenomeno (conferma o disdetta dell'appuntamento). La mancata erogazione delle prestazioni prenotate a causa dell'abbandono dell'utente nell'anno 2013 assume valori medi compresi tra 1-2% e 10% sul prenotato.

  Si suggerisce che la rilevazione avviata presso tutte le strutture erogatrici pubbliche finalizzata ad analizzare il fenomeno no-show sia resa sistematica attraverso specifiche funzionalità del sistema CUP regionale.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 66,15%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 93,8%

Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012: 113%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: 100%

Il codice 99 non noto/non risulta è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 492
Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,15.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La relazione predisposta dalla Regione descrive adeguatamente le attività già poste in essere per la realizzazione del FSE, affrontando tutti i punti riportati nelle Note per la compilazione.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

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 (Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010).

1.1-1.2 La Regione specifica che sono state effettuate, nel 2013, ispezioni con visite di verifiche istituzionali finalizzate al successivo rilascio dell'atto finale di autorizzazione/accreditamento e che il percorso di riqualificazione delle attività trasfusionali prevede l'integrazione e l'adeguamento dei requisiti già esistenti di autorizzazione e accreditamento con gli ulteriori requisiti aggiuntivi elencati nell'Accordo Stato-Regioni 242/2010.

1.3 E' stata adottata la documentazione distribuita dal CNS per la procedura di convalida di congelamento a tutte le strutture che predispongono il plasma per l'invio all'industria, che entro il 31/07/2014 provvederanno a convalidare la procedura secondo le indicazioni della farmacopea europea. Le strutture che operano in tal senso passeranno, dopo il processo di riorganizzazione in atto, dalle attuali 54 a 9.

AAE.2 Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali (Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011).

2.1 E' presente un organo di consultazione (conferenza dei DMTE - Dipartimenti di Medicina Trasfusionale ed Ematologia) convocato mensilmente presso la sede dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) da cui dipende la SRC e presieduto dai rappresentanti i direttori dei DMTE, il presidente dell'AVIS regionale, la direzione sanitaria di AREU. E' stato allegato un verbale esemplificativo di tali riunioni.

2.2 Viene periodicamente (una volta l'anno) distribuito un questionario alle direzioni sanitarie sede di SIMT attraverso il quale si raccolgono le informazioni essenziali relative alle attività dei COBUS.

AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012)

3.1 Si è tenuto a novembre/dicembre 2013 un corso di formazione "Qualificazione del personale medico e infermieristico addetto alle attività di raccolta sangue e degli emocomponenti", organizzato da EUPOLIS (Istituto regionale per la formazione e la ricerca) in collaborazione con la DG Salute e la SRC.

3.2 Con DGR X/611 del 06/09/2013 "Riorganizzazione delle attività trasfusionali regionali. Definizione dei criteri e approvazione del programma preliminare proposto da AREU/SRC – Struttura Regionale di Coordinamento" approvato il progetto preliminare di riorganizzazione delle attività trasfusionali, prevedendo, nello specifico, la costituzione di nove Centri di Lavorazione e/o Validazione.

AAE.4 Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) (Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013)

4.1 L'Accordo Stato-Regioni è stato recepito con Delibera di Giunta Regionale X/1185 del 20/12/2013.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

Preliminarmente, si rappresenta che la Regione Lombardia, nella verifica 2012, era risultata adempiente con impegno a trasmettere:

- il cronoprogramma di attuazione della riorganizzazione dei Punti nascita con relativa tempistica e gli esiti del progetto sperimentale finalizzato, nelle situazioni geograficamente fortemente disagiate, all'incremento/mantenimento delle abilità minimali degli operatori sanitari;
- il cronoprogramma delle azioni relative all''integrazione ospedale-territorio e all'implementazione delle LLGG SNGL-ISS relative alla gravidanza fisiologica e al taglio cesareo.

La documentazione inviata appare puntuale ed esaustiva rispetto a quanto richiesto e, sebbene la Regione dichiari che è ancora in itinere la definizione dei PN con parti < 500/anno da chiudere o riorganizzare (sono ancora in fase di individuazione, in quanto la completa elaborazione del piano progettuale di riorganizzazione è stata procrastinata al giugno 2014 per oggettiva complessità, i punti nascita da riorganizzare nelle aree scarsamente abitate e con condizioni orografiche difficili), la dichiarata presenza in queste UU.OO. di ostetricia e neonatologia/pediatria dei requisiti e degli standard indicati dagli allegati tecnici dell'Accordo del 2010 come necessari per i PN di I livello, permette comunque di garantire adeguati livelli di qualità e sicurezza del percorso nascita.

Ciò consente di valutare positivamente l'impegno della Regione nel dare compimento alle linee di attività del suddetto Accordo e di ritenere, quindi, pienamente superato l'impegno per l'anno 2012.

In merito all'anno 2013, la Regione indica ancora la presenza di 9 PN con <500 parti/anno in cui, come già sopra richiamato, sono soddisfatti i requisiti e gli standard definiti dall'Accordo del 2010, che risultano adeguati ai volumi di attività. In tal senso, si rappresenta l'opportunità di trasmettere al Comitato percorso nascita nazionale sia la segnalazione dell'avvenuta chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti/anno individuati nella aree urbane densamente abitate, che quella relativa ai punti nascita, sempre con volumi di attività inferiori ai 500 parti/anno, da riorganizzare nelle aree scarsamente abitate e con condizioni orografiche difficili, azioni che la Regione ha programmato di completare entro il 2014.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE

La Regione, che aveva già individuato la rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza, invia tutti i provvedimenti, regionali e dell'AREU, adottati per la programmazione della rete di emergenza e delle CO a partire dall'anno 1999 fino all'anno 2014. Inoltre, nella relazione la Regione rendiconta relativamente a:

- Articolazione Centrali Operative Territoriali 118. La riorganizzazione attivata negli anni precedenti aveva permesso la riduzione del numero delle CO da 12 a 7. Con DGR

IX/4967/2013 è stata prevista la realizzazione, entro l'anno 2015, di 4 Sale Operative Regionali Emergenza Urgenza (SOREU):

1. Area Metropolitana con sede a Milano in cui confluiscono Milano e Monza Brianza
2. Area dei laghi con sede a Como in cui confluiscono Como, Varese e Lecco
3. Area della Pianura con sede a Pavia in cui confluiscono Pavia, Cremona, Mantova e Lodi,
4. Area delle Alpi con sede a Bergamo, in cui confluiscono Bergamo, Brescia e Sondrio.

Ogni SOREU ha un'area di riferimento costituita da 2 o più Articolazioni Aziendali Territoriali (AAT). Nell'anno 2013 sono state completate le prime due SOREU (Area Metropolitana e Area dei Laghi) e per l'anno 2014 è stata prevista la realizzazione delle restanti.

Vengono fornite informazioni relative allo stato di avanzamento della sperimentazione del Numero Unico di Emergenza 112 (NUE) nella Regione.

- Presenza e tipologia di modalità di integrazione tra componente territoriale ed ospedaliera. Nel corso dell'anno 2013 è stato attivato un Tavolo di coordinamento dell'attività di Emergenza e Urgenza per ciascuna provincia. I tavoli, gestiti dalle ASL di riferimento e costituiti da tutte le Direzioni delle Strutture Ospedaliere (pubbliche e private accreditate) afferenti all'Azienda Regionale Emergenza e Urgenza (AREU), hanno individuato un piano di intervento per il sovraffollamento dei PS che è diventato uno degli obiettivi aziendali assegnati alle Strutture Sanitarie per l'anno 2014. Inoltre nel corso dell'anno 2013 si sono rafforzati i rapporti convenzionali di collaborazione tra AREU, Aziende Ospedaliere, IRCCS e ASL.
- Presenza e tipologia di coordinamento regionale delle attività. Nell'anno 2013, l'AREU ha coordinato oltre alle attività di emergenza e urgenza anche quelle per le maxiemergenze e, in previsione dell'Expo 2015, è previsto un suo ulteriore e maggiore coinvolgimento.
- Presenza di modalità di raccordo tra l'emergenza-urgenza e la continuità assistenziale (in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013). Nel giugno 2013, essendo già operative le centrali di ricezione e smistamento delle chiamate di Continuità Assistenziale (CA) nelle ASL di alcune province (Milano, Pavia, Como, Monza Brianza), è stato attivato il trasferimento delle chiamate di CA della provincia di Sondrio sulla CA di Como e si è dato inizio al trasferimento delle chiamate provenienti da Cremona e Mantova sulla CA di Milano. La piattaforma informativa e tecnologica è condivisa dalle centrali di CA ed integrata a quella del sistema di emergenza e urgenza territoriale 118.
- Articolazione e/o rimodulazione delle reti ad alta complessità tempo dipendenti, ictus, sindrome coronarica acuta, trauma. L'istituzione della Rete UCV – Stroke Unit è stata formalizzata con DGR nell'anno 2008, quella STEMI nell'anno 2009 e quella Trauma Maggiore nell'anno 2012. Nell'anno 2013 i tavoli di coordinamento dell'attività di Emergenza e Urgenza hanno analizzato e aggiornato le procedure relative alle tre reti e, in particolare per le reti STEMI e STROKE, hanno condiviso i risultati di monitoraggio con le ASL e le strutture erogatrici. Oltre alle suddette DGR, relative all'attivazione delle tre reti e contenenti le procedure operative, la Regione chiarisce quali sistemi sono utilizzati per il monitoraggio delle reti delle patologie tempo dipendenti, nonché i dati relativi alle attività della rete IMA e STROKE.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

<u>Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H</u>

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 90,97%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con ASL e comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 100,00%

Esito: Adempiente

Numero accessi in PS per 1000 residenti: 360,69

Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:

N. Accessi EMUR PS per triage all'accesso

B 525.078 V 2.508.036 G 468.120 R 29.282 N 629 X 1.626 Totale 3.532.771

N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso

B 967.467 V 2.189.340 G 259.585 R 19.864 N 2.335 N.A. 94.180 Totale 3.532.771

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 82,02%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/ totale record campi data-ora: 100,00%

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/ totale record campi data-ora: 98,22%

Esito: Adempiente.

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).

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

Tra le azioni individuate e poste in essere in merito all'organizzazione delle Cure primarie dalla Regione Lombardia, figura la sperimentazione CReG avviata, nel 2011, su 5 delle 15 ASL per migliorare l'efficacia della presa in cario e la gestione del paziente cronico che rappresenta il 30% della popolazione. Fondato sull'integrazione funzionale della Medicina Generale con gli specialisti ospedalieri, infermieri e personale della rete socio sanitaria, tale modello organizzativo ha visto nel 2013 il coinvolgimento di 484 medici ed il raggiungimento di risultati positivi in termini di miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia degli interventi eseguiti. Il passaggio successivo prevede l'implementazione del modello organizzativo secondo quanto definito dalla Legge 189/2012 (Decreto Balduzzi) con 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 in strutture complesse per l'erogazione delle Cure Primarie in grado di garantire la presa in carico e la gestione del paziente cronico in modo strutturale. In tale contesto proseguirà il consolidamento e la valutazione delle esperienze di telemedicina in atto nei CReG a supporto dell'integrazione ospedale territorio.

Concludendo, sono stati adottati atti formali di programmazione relativi all'istituzione sia di UCCP che di AFT (DGR 1185 del 20/12/2013) ed è stata trasmessa una relazione sulle azioni individuate e poste in essere in merito all'organizzazione delle Cure primarie. Sono state fornite le informazioni richieste.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La Regione Lombardia ha inviato la documentazione relativa ai percorsi terapeutici riabilitativi per la gestione del paziente con ictus cerebrale e le linee di indirizzo per l'assistenza di persone in stato vegetativo. La Regione allega anche la documentazione relativa al monitoraggio per Ictus ed IMA.

Per quanto riguarda l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2013 la Regione presenta una percentuale del 12,9, al di sotto del valore medio nazionale pari a 13,5, confermando il trend positivo nel triennio 2011-2012-2013.

Analogamente per l'indicatore relativo alle giornate di degenza a rischio di inefficienza la Regione si posiziona al di sotto del valore medio nazionale e presenta nel triennio un trend positivo (vedi tabella allegata).

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La Regione Lombardia risulta sufficiente per 5 item su 5.

Per gli indicatori di performance si riscontra in particolare un livello di attività insoddisfacente per la percentuale dei campioni svolti per il controllo sanitario dei residui fitosanitari.

Per i flussi informativi veterinari ha conseguito, un buon livello di adempienza, con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (sufficiente con un punteggio pari al 92% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6). In proposito, si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili (vedi tabelle allegate).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che tutte le strutture pubbliche sono dotate di servizi di refertazione PACS che utilizzano lo standard DICOM previsto dalle Linee Guida nazionali. Solamente le Aziende di Lecco, Sondrio, Desenzano e Pavia e l'INRCA di Casatenovo non utilizzano il sistema PACS, ma dispongono comunque di un servizio di refertazione coerente con quanto espresso dalle linee guida nazionali.

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 della propria spesa farmaceutica sul fabbisogno sanitario regionale (FSR) nel corso degli ultimi 4 anni, nonostante il superamento, nel 2013, del finanziamento programmato in corrispondenza del 14,85% (15,14% a fronte del 14,85% dato dalla somma dei tetti del 11,35% e del 3,5%). Sul versante della spesa farmaceutica territoriale, si osserva nel 2013 un aumento dell'incidenza sul FSR, pur rimanendo all'interno del tetto di spesa (11% del FSR al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci" a fronte del tetto del 11,35%). Per quanto riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera, invece, si osserva nel 2013 una sostanziale diminuzione dell'incidenza della spesa sul FSR, pur rimanendo al di sopra del tetto di spesa programmatico (4,14% del FSR a fronte del tetto pari al 3,5%). La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica" allegata al Questionario.

La Regione dichiara che tale risultato di progressiva riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica regionale è stato conseguito in particolare per effetto della riduzione, nel corso del triennio 2010-2012, dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale. Nonostante nel 2013 si osservi un incremento di questa voce di spesa, dovuto ad un sostanziale aumento della spesa per i farmaci in classe A/PHT (Distribuzione Diretta), in questo ambito assistenziale la Regione dichiara di

aver emanato, anche per effetto dei provvedimenti di livello nazionale, diverse deliberazioni, senza però fornire una valutazione dell'impatto economico osservato.
Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la Lombardia evidenzia il superamento del tetto di spesa programmato e un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR nel triennio 2010-2012, in gran parte collegato alla concentrazione in questo ambito assistenziale dell'acquisto di medicinali innovativi ad alto costo. La Regione mostra una sostanziale diminuzione nel 2013 della spesa ospedaliera in parte dovuto allo shift della spesa per i medicinali in DD nella voce della farmaceutica territoriale. I provvedimenti emanati dalla Regione si concentrano essenzialmente sul monitoraggio dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e sull'individuazione di percorsi specifici per le nuove terapie ad alto costo (epatite, oncoematologia, oculistica). La Regione non ha fornito una valutazione dell'impatto economico osservato 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 Lombardia 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 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 100% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.
Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3
ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 100% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

ADEMPIENTE
La Regione Lombardia ha inviato la DGR 3822 del 25/07/2012 con la quale stabilisce che i Piani Operativi Aziendali, al fine del contenimento della spesa sanitaria regionale, dovevano prevedere una riduzione entro il 31/12/2013 del 10% del numero complessivo delle strutture sanitarie, sociosanitarie, amministrative e tecniche (semplici, semplici a valenza dipartimentale e complesse).
Dal calcolo delle strutture, prendendo quale riferimento i parametri individuati e approvati dal Comitato Lea in data 26 marzo 2012, il numero di strutture regionali da standard risulterebbero pari a 1408 strutture complesse ospedaliere e 725 strutture complesse non ospedaliere al 1 gennaio 2013, in base ai posti letto ospedalieri pubblici (24.641) e 2794 strutture semplici per l'anno 2013 in riferimento alla popolazione residente (9.794.525 ab).

Dai dati rilevati dalla Tab. 1G del Conto annuale al 31/12/2013, il n. di strutture complesse previste risultano pari a 2076 (ospedaliere e non ospedaliere), mentre il numero di strutture semplici previsto è pari 3258. Pertanto si evidenzia un eccesso di 464 strutture semplici rispetto allo standard.
Infine, la Regione ha inviato due documenti che sottendono al recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE
La Regione, in data 3 novembre 2014, trasmette la DGR X/2565 del 31/10/2014 recante "Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 6 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 233/CSR) e ulteriori indicazioni in ordine alla prevenzione e cura della malattia diabetica".

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	RISPOSTA	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**100,00%**	**2**	**2,0**	

9	RIA 11	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	**98,11%**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**99,95%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
14	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%	**96,82%**	**2**	**6,0**	
15	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%	**96,99%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**50,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	PUNTEGGIO	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**99,82%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	

4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**1,97**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**2,00**	**2**	**4,0**	

6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**1,94**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**-**	**2**	**2,0**	

9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**1,94**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**1,96**	**2**	**1,0**	

11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**2,00**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**2,00**	**2**	**4,0**	

13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**2,00**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,014%**	**2**	**6,0**	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**93,01%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**50,0**	**BUONA**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**50,0 - ADEMPIENTE**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**2**	**50,0 - BUONA**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		peso	**risultato**	**risultato*peso**	**Note**
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**2**	**4**	
						8	**ADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza.

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	

208	Malattie delle vie biliari senza CC	
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	

369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	
377	Diagnosi relative a post parto e post aborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (Contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	0	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	80%	15
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/ (numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80%	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	94%	15
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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% e copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% e percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	U.3: 23,5% Indicatore Griglia LEA: 57% % missing: 16%	15 (**punteggio definito ex novo in base ad una revisione migliorativa del range di scostamento)**

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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore **"**Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 34,9% Anno2012: 37,8% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 42,9%	0
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 11,1% Anno2012: 12% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 5,8%	0
U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	<u>Definizione PASSI:</u> Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati <u>Definizione Istat:</u> Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 20,6% Anno 2102: 19,6% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 31,4%	0

U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	7%	10
U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 83,7%	0
U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 69,1%	0
U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 65%	0
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**85**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	15,5	14,7	13,0	13,5	12,9	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	10,2	10,2	9,2	10,5	8,7	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	6,7	9,3	8,4	9,1	7,5	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	**≥ 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 effe+D5:E8+D5:F6ttuati <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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	**≥ 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	**≥99,7%**	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	<95%
4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	**≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma**	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	**attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie**	attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte
7	**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**	**>= 98%**	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%

8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	**<160 e ≥120**	<120 e ≥50	< 50
9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre	**< 70% in almeno 2 categorie**
10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 78/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Numero indicatore	Rilevazioni	Peso	Copertura	Qualità							
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	*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**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**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	6	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	**2**	**12**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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***	**2**	**8**	
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	4	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***	**2**	**8**	
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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (25% pari a 5295controlli su 20914)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	*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 [vedere annotazione]	*< 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 "***	**2**	**12**	
9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	*<85% di bovini morti testati per BSE*	***≥ 85% di bovini morti testati per BSE***	**2**	**6**	
10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	

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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	*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 i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**8**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	
13	**CONTROLLO SANITARIO DELLE POPOLAZIONI SUINE - anagrafe:** D.lgs 26/10/2010 n. 200 che stabilisce modalità di identificazione e registrazione suini; **malattia di Aujeszky:** D.M. 1-4-1997 e DM 30 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*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, D.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	*< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	***≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report***	**2**	**12**	

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	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	***validazione effettuata entro la scadenza prevista***	**2**	**8**	
16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, 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 annotazione]	*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***	**2**	**10**	
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	*< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati*	***≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati***	**2**	**10**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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 annotazione]	*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***	**2**	**12**	
19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	*arrivo dei dati oltre il termine*	***arrivo dei dati entro il termine***	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	***> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale (5 campi)***	*≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	**1**	**8**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2013 *è stato basato su un riconoscimento condizionato*	***almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	*meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	***almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04***	**2**	**8**	

21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	*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 2013 [vedere annotazione]	*tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013*	***tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013***	**2**	**10**	
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"	6	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 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	***allegato 3 inviato, corretto e completo***	**2**	**12**	
	TOTALE	**100**								**187**	

SUFFICIENTE punteggio pari al 92% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli previsti dall'adempimento in oggetto garantendo anche la qualità dei dati; ha trasmesso inoltre gli Allegati 5 e 6 del modello LA.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La copertura e la qualità dei dati risultano buona, pur in presenza di criticità sul flusso informativo T1Cbis (personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private) (vedi tabelle allegate).

Si chiede alla Regione di prendere contatto con l'Ufficio di statistica per concordare le modalità operative di integrazione/correzione dei dati laddove necessario.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Marche con un punteggio pari a 191 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia delle criticità per i seguenti indicatori: 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), 6.3 Contaminanti negli alimenti di origine vegetale - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti. Persistono, inoltre, le criticità già rilevate nel 2012 relativamente agli indicatori: 5.3 Percentuale di aziende ovicaprine controllate, 10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti e 10.2.2 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 la Regione, mostrando una dotazione di 5.802 posti letto, pari a 3,74 per 1.000 abitanti, di cui 3,10 per pazienti acuti (4.817 posti letto) e 0,63 per riabilitazione e lungodegenza (985 posti letto), non aveva trasmesso specifici provvedimenti volti a garantire il pieno raggiungimento dello standard di riferimento per le acuzie.

Successivamente, la Regione ha trasmesso la DGR 735 del 20/05/2013 inerente la riorganizzazione della rete ospedaliera e la riconversione delle piccole strutture ospedaliere. A disamina effettuata, tale provvedimento viene valutato positivamente.

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2011-2012-2013) un Tasso di Ospedalizzazione totale costantemente ricompreso entro lo standard di riferimento: 153,12 nel 2011, 146,2 nel 2012 e 141,40 nel 2013.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è ricompresa entro il valore del 25% nei tre anni osservati; in particolare è pari al 23,84% nel 2013.

In relazione alla tematica in questione, la Regione ha trasmesso la DGR 735/2013 inerente iniziative di riordino della rete ospedaliera, che appare in linea con i disposti normativi nazionali di riferimento.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La Regione Marche con una percentuale pari allo 0,2% di DRG critici, inferiore al valore mediano (10%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza.

Si segnalano le criticità per i DRG 051 e 142 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

La Regione ha svolto il monitoraggio ex post. Dai dati pervenuti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) risulta che solo il campo "Classe di priorità" presenta una valorizzazione inferiore alla soglia prevista (90%) e precisamente del 4,67% per il I semestre e del 4,95% per il II semestre.

H.1.2 Non è possibile misurare i due indicatori per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecodoppler dei tronchi sovraortici (che concorrono alla valutazione di adempienza per l'anno 2013) previsti 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 nei periodi indice di aprile e ottobre, ma non raggiunge la percentuale di garanzia per la classe D (90%).

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

La Regione presenta una percentuale di corretta compilazione dei campi intorno al valore soglia previsto del 90%, ma il campo "Classe di priorità per il Regime di Ricovero ordinario" presenta una percentuale pari al 72,36%.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni

Dai dati pervenuti dal NSIS risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

H.4.2 La Regione fornisce precise indicazioni alle Aziende sanitarie affinché integrino i loro Piani attuativi con le procedure messe in atto per la gestione delle sospensioni in coerenza con la DGR 1040/11.

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.

H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa.

Relativamente alla trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa, la Regione precisa che pubblica sul sito ARS i dati relativi ai tempi di attesa, in coerenza con il sistema CUP unico regionale.

In relazione alla criticità relativa al Monitoraggio ex post, come convenuto nella riunione del Comitato Lea del 17 dicembre 2014, è stato chiesto alla Regione di trasmettere le tabelle di transcodifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, laddove il codice della prestazione sia diverso dal codice nazionale del nomenclatore di specialistica ambulatoriale, nonché le tabelle di transcodifica delle strutture sanitarie, laddove la codifica delle stesse sia diversa dalla codifica di riferimento di cui al modello STS11, in modo da consentire la rielaborazione dei dati necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa.

La Regione ha trasmesso nel mese di gennaio 2015 le tabelle di transcodifica richieste. Dopo valutazione e analisi dei dati pervenuti dal competente ufficio della DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, la Regione viene considerata adempiente.
Si ribadisce, in ogni modo, che la Regione deve provvedere alla piena risoluzione delle criticità riscontrate sia per il Monitoraggio ex post che per il Monitoraggio ex ante e per il Monitoraggio delle attività di ricovero.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA
La Regione Marche ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 321,3 milioni di euro, corrispondente ad un disavanzo rispetto al tetto del 11,35% del Fabbisogno sanitario regionale dello 0,08% (2,3 milioni di euro). La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 140 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del Fabbisogno sanitario regionale del 1,48% (41,7 milioni di euro).
La Regione Marche evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 43,8 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.
Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.
Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.
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 2013.

Regione: MARCHE			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	247.456.164	8,80%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	4.005.062	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	4.791.972	0,17%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	4.415.330	0,16%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	88.283.917	3,14%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	24.982.151	0,89%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	0	0,00%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	24.982.151	0,89%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	322.527.717	11,47%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	2.811.666.117	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	319.124.104	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	3.403.613	0,12%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		#DIV/0!
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	1.071.035	0,04%
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**321.456.682**	**11,43%**
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	221.616.749	7,88%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	16.614.480	0,59%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	2.483.805	0,09%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	620.451	0,0221%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	1.028.449	0,04%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	112.585.647	4,00%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	2.811.666.117	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	98.408.314	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	11.892.000	0,42%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	6.093.000	0,22%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	7.088.666	0,25%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**140.096.461**	**4,98%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	41.688.147	1,48%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione ha compilato e trasmesso la tabella "Verifica e monitoraggio stato d'implementazione Co.An." e una nota integrativa che descrive lo stato di avanzamento dell'adozione della contabilità analitica. Ad eccezione dell'INRCA gli obiettivi A1, A2 e A3 e B1 vengono raggiunti da tutte le restanti aziende regionali. Al fine di agevolare l'analisi dei costi, con DGR 10066/2014 " Direttiva per la conduzione e l'evoluzione coordinata ed unitaria del Sistema informativo amministrativo e del personale (SIA)", sono state emanate a livello aziendale delle direttive vincolanti che coinvolgono i responsabili del procedimento di verifica dello stato di attuazione della contabilità analitica. Per quanto riguarda la quadratura CO.GE.-CO.AN., visto che il raggiungimento viene garantito al 100% con la quadratura extra contabile, la Regione ha individuato delle azioni che permettono di raggiungere in via contabile la quadrature di alcuni fattori produttivi, raggiungendo così sempre una maggiore efficienza a livello contabile. Con riferimento al punto A4 "capacità di quantificare gli scambi interni", l'ASUR ha programmato l'acquisizione nel 2013 di un software unico nelle sale

operatorie "Progetto informatizzazione del Percorso Chirurgico", approvato dalla Giunta e per il quale si riceverà una parte del finanziamento nel 2014. La costruzione del capitolato e l'espletamento della gara hanno richiesto tempi più lunghi rispetto a quelli previsti.
Infine, la Regione ha trasmesso la DGR 649 del 30 maggio 2014, con la quale viene nominato il responsabile dello stato di attuazione della contabilità analitica.
Alla luce di quanto esposto e visto il miglioramento qualitativo contabile dichiarato dalla Regione e raggiunto sia a livello aziendale che regionale, anche grazie all'adozione dello strumento strategico SIA (Sistema Informativo Amministrativo e del Personale) e visto che tutto l'iter necessario per implementare la contabilità è ancora in via di perfezionamento, si ritiene la Regione adempiente.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione dichiara che non sono stati adottati provvedimenti nell'anno 2013 che modificano quanto stabilito per l'anno precedente (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").

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, 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.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 56% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE
Il punteggio totale riportato dalla Regione è di 17 punti, così ripartiti:
- Valutazione Multidimensionale dell'anziano non autosufficiente in cure domiciliari: 1 punto
- Offerta assistenziale: 8 punti
- Ripartizione degli oneri: 8 punti.

S.3

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali
- Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 22.423/13.208 (170%)
- Esito: Adempiente

Indicatore di qualità
- Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 77,76%

Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 3,57

Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1

N. Pic erogate 2.845 Tasso di prese in carico 1,84

CIA Livello 2
N. Pic erogate 1.689 Tasso di prese in carico 1,09
CIA Livello 3
N. Pic erogate 232 Tasso di prese in carico 0,15
CIA Livello 4
N. Pic erogate 849 Tasso di prese in carico 0,55
Totale PIC erogate 5.615

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 100%
Esito: Adempiente
Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 105,51%
Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 5,69
Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		Totale assistiti(*)
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
383	0,25	3527	2,28	934	0,60	3941	2,55	8690	5,69	24	0,02	75	0,05	99	0,06	8789

(*) Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione.
La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbe non corrispondere con il valore in Totale assistiti. Infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

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, sulla base della DGR 1621 del 10 settembre 2002, che ai fini della valutazione dell'adempimento può ritenersi idonea.
Sono stati previsti, inoltre, con DGR 328 del 9/06/2014 gli aggiornamenti delle nuove tariffe dei ricoveri ospedalieri per acuti, lungodegenza, riabilitazione e per le prestazioni transitate in regime ambulatoriale degli erogatori pubblici e privati accreditati, elencate nell'allegato A. In base alla delibera citata si prevede un abbattimento del 60% per i ricoveri in lungodegenza oltre il valore soglia.
Inoltre, si precisa che le nuove tariffe per i ricoveri ospedalieri sono applicate a partire dal 01/01/2014 ad eccezione dei ricoveri in lungodegenza e riabilitazione, per i quali sono applicate a partire dal 01/07/2014.

u) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Marche risulta pari a 92,5 ovvero superiore al valore soglia fissato per l'esito di adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

Dalla documentazione pervenuta risulta che la Regione ha realizzato un sistema di accreditamento dei provider regionali, pubblici e privati, tramite procedura informatica. La Regione dichiara che, allo stato, sono stati accreditati n. 4 provider. Con DGRM 520 del 8/04/2013 ha adottato un proprio manuale di accreditamento inviato al CTR, con nota prot. 4850 del 22/05/2014 del Dirigente PF Assistenza Ospedaliera Emergenza – Urgenza, per acquisire il relativo parere come stabilito dall'Accordo Stato-Regioni del 2012.

La Regione ha fornito informazioni in merito alle risorse finanziarie utilizzate in favore delle Aziende del SSR nel 2013 per la Formazione continua del personale sanitario e ha inviato una relazione con prot. 6126 del 02/07/2014 descrivendo le modalità con cui l'Osservatorio gestisce le verifiche e i controlli a livello regionale.

Per quanto concerne la programmazione formativa, la Regione, con DGRM 774 del 28/05/2013 ha approvato il Piano Formativo Regionale elaborato sulla base delle indicazioni emerse nel PSSR 2012-2014, individuando le aree critiche del SSR suscettibili di miglioramento attraverso specifici percorsi formativi. Con la nota del Dirigente PF Assistenza Ospedaliera, Emergenza – Urgenza, Ricerca e Formazione prot. 2591 del 17/03/2014 la Regione ha inviato al COGEAPS i report degli eventi formativi relativi all'anno 2013, erogati, nell'ambito del sistema "eventi", dagli Enti del SSR non ancora accreditati come provider.

Ciò premesso, si rende noto che la procedura adottata dalla Regione per l'invio dei report al COGEAPS non è conforme alla normativa in materia, la quale stabilisce che i provider accreditati provvisoriamente o standard devono inviare contemporaneamente al COGEAPS e all'Ente accreditante i report dei partecipanti agli eventi formativi, per via informatica e utilizzando il tracciato unico definito dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

Pur tuttavia, considerando positivamente il percorso intrapreso dalla Regione, per l'anno 2013 si esprime parere positivo, con la raccomandazione di adeguarsi alla normativa di cui sopra.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE

La Regione Marche ha strutturato diversi PDTA, anche se non con atto formale, e ha dato indicazioni per la gestione dei pazienti affetti da patologie a carattere cronico. Viene anche presentato un Protocollo in PS del paziente pediatrico (giugno 2010) e si indicano come attivi da tempo PDTA Pediatrici monitorati dall'Area Vasta 2.

La Regione dichiara di effettuare il monitoraggio dei PDTA individuati attraverso il sistema degli audit clinici.

In sede di prima valutazione, pur constatando l'intensa attività della Regione nell'ambito dei PDTA, si era ritenuto che dovesse essere rafforzato il sistema di monitoraggio e si invitava a fornire un cronogramma di eventuali verifiche previste per i PDTA.

La Regione ha inviato una nota integrativa con la quale comunica di aver predisposto, con DGR 1286 del 17 novembre 2014, un modello condiviso ed operativo di "Linee di indirizzo per la predisposizione dei PDTA e Piani Integrati di Cura (PIC)" e di aver definito con DGR 847 del 12 luglio 2014, all'interno del percorso nascita, le linee di indirizzo per l'attivazione dello STAM e dello STEM.

Inoltre, viene anche riportato, come richiesto, il cronoprogramma del monitoraggio per PDTA di carattere regionale e aziendale.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

La Regione trasmette una relazione analitica sui livelli essenziali aggiuntivi erogati nel 2013.

Nella nota sono specificate le somme effettivamente liquidate per i singoli livelli aggiuntivi, per un totale di €379.637,85. Alla predetta somma vanno aggiunti €527.000 per prestazioni "non finanziate

da contributi regionali" ed ulteriori €878.000 per assegni di cura ai malati di SLA, per un totale di €1.784.637,85.
Dall'analisi modello LA risulta che la Regione eroga prestazioni aggiuntive per un totale di €1.786.000

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE
La Regione nella verifica 2012 presentava un impegno a relazionare sulla conclusione della procedura per una struttura in valutazione.
Per quanto riguarda il 2013, la Regione rappresenta di aver concluso l'iter di accreditamento istituzionale; inoltre con DGRM 1065 del 15 luglio 2013 ha recepito l'Intesa del 20/12/2012.
La Regione viene considerata adempiente; può inoltre ritenersi superato l'impegno relativo al 2012.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE
La Regione Marche ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali compilata in tutte le sue parti. Ha dichiarato che alla data del 31 dicembre 2013 non erano in corso, né avviate o concluse, sperimentazioni gestionali. In seguito alla richiesta di chiarimenti in merito agli eventuali accordi contrattuali tra l'ASUR-Area Vasta n.1 e la Società Montefeltro Salute s.r.l. (sperimentazione conclusa) per l'erogazione di prestazioni chirurgiche ed ambulatoriali, la Regione ha trasmesso la Determina del Direttore Generale 255 del 29 aprile 2014, contenente l'Accordo contrattuale per l'anno 2013.

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

ADEMPIENTE
La Regione ha indicato ed allegato gli atti normativi che regolamentano la riorganizzazione della rete laboratoristica, pubblica e privata. Ha indicato i riferimenti normativi del service di laboratorio e, in merito alla medicina di laboratorio, ha risposto a tutti i quesiti del Questionario tranne che per il punto riguardante l'aggregazione dei laboratori privati; la Regione ha però fornito il relativo atto, dal quale è possibile evincere che gli effetti del processo di aggregazione saranno visibili nel corso dell'anno 2014.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE
La Regione Marche con Decreto della P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza Urgenza, Ricerca e Formazione, n. 61 del 20/12/2013, sulla base delle indicazioni fornite dalla 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" ha costituito il gruppo di lavoro "Appropriatezza nel regime di ricovero diurno".
Ha trasmesso il report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche in cui riporta sinteticamente la riorganizzazione della rete ospedaliera, 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.
La Regione ha trasmesso 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" per le strutture pubbliche e private accreditate.
Relativamente agli abbattimenti tariffari, per le strutture pubbliche e le strutture private accreditate, si rilevano gli stessi valori sia nella Tabella 1 che nella Tabella 2. Inoltre per alcune

strutture pubbliche e per l'Istituto di riabilitazione S. Stefano – Villa Adria, non risultano abbattimenti tariffari a fronte della presenza di una quota di cartelle cliniche non confermate in seguito all'attività di controllo.
In relazione a quanto sopra esposto, la Regione Marche trasmette documentazione integrativa e fornisce i chiarimenti richiesti.
In attesa del corretto invio delle Tabelle 1 e 2 in formato Excel, come compilate nella nota prot. 11839 del 28/11/2014, la Regione può essere considerata adempiente.
Si considera inoltre superato l'impegno per l'anno 2012, poiché la Regione ha fornito i risultati dei controlli disaggregati per ciascun erogatore pubblico e privato accreditato.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione, sulla base di quanto risulta dal Questionario, in cui sono elencati i dati di cui agli elenchi 1, 2 e 3 allegati al DM 332/1999, risulta adempiente, sussistendo la coincidenza con i dati del NSIS.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Si valutano positivamente i punti relativi all'istituzione della rete assistenziale palliativa e all'iniziativa divulgativa dell'offerta assistenziale in hospice.
Nella tabella degli indicatori per la verifica del raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi e strutturali (rif. D.M. 43/07) si osserva che l'indicatore n. 7 risulta elevato.
Si rileva che non risultano individuate le strutture aventi ruolo di Hub e Spoke nell'ambito della rete di terapia del dolore, né le relative prestazioni erogate, pertanto è necessario che la Regione provveda a sanare tale carenza.

AO.2
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice presenti nel NSIS, risulta quanto segue.
Indicatore di completezza per ASL
Disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento: SI
Esito: Adempiente
N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 6/6 (100%)
Esito: Adempiente.

AO.3
ADEMPIENTE
La Regione ha ottemperato agli adempimenti evidenziati nella tabella relativa al percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE
Gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl hanno consentito nel 2013 la dimissione di 2 (su 4) 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 risponde affermativamente al quesito del Questionario relativo all'individuazione di strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali e allega la DGRM 233 del 25/02/2013 - 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 quanto riguarda la programmazione e l'attivazione all'interno di almeno uno degli Istituti penitenziari di una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale, la Regione risponde affermativamente al quesito del Questionario e allega DGRM 766 del 28/05/2012 - 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.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha effettuato il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni, compilando la tabella del Questionario relativa al punto in questione, dalla quale emerge che sono rispettati i requisiti richiesti.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

Da quanto dichiarato dalla Regione emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni sono 10 su 14 (71,4%) superando il valore del 60% richiesto per l'adempienza.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione ha trasmesso una tabella riassuntiva attestante l'attività di formazione per gli operatori sul tema della sicurezza dei pazienti.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Check list di chirurgia; dall'indagine è emerso che 86 UO chirurgiche regionali su 90 utilizzano la Check list di chirurgia, superando la percentuale del 75% richiesta per l'adempienza.

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione dichiara di non aver elaborato un report per il 2013.

AS.6 Prevenzione delle cadute

La Regione dichiara di non avere un piano per la prevenzione delle cadute.

AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione dichiara di non aver individuato un gruppo di esperti per l'analisi degli eventi sentinella né di aver attivato un sistema di monitoraggio con indicatori e standard per la valutazione dei piani di miglioramento.

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

Rispetto all'indicatore:

- "Numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici nell'anno 2013" la Regione dichiara 620 punti di prenotazione/accettazione;
- "Numero di prenotazioni effettuate nell'anno 2013" la Regione dichiara 3.700.000 prenotazioni effettuate nel 2013;
- "Misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate nell'anno 2013" la Regione dichiara uno scarto del 17%;
- "Rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell'anno 2013" la Regione fornisce il calcolo dell'indicatore pari a 7,89% del prenotato.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 63,89%

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 99,99%

Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012: 177%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: 95,71%

Il codice 99 non noto/non risulta è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 850

Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,06.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE

ADEMPIENTE

La relazione predisposta dalla Regione descrive adeguatamente le funzionalità e l'architettura previste per il FSE che sarà realizzato nell'ambito di una procedura ad evidenza pubblica per la "Acquisizione di beni e servizi relativamente al sistema informativo sanitario e socio-sanitario della Regione Marche" aggiudicata in data 9/12/2013.

Si considera superato l'impegno derivante dalla verifica 2012.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

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 (Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010)

1.1 - 1.2 Le visite di verifica sono in corso di realizzazione.

1.3 Tra i progetti strategici 2013-2014 quello riguardante la convalida dei processi di congelamento del plasma, inteso al raggiungimento del requisito richiesto, appare congruo.

AAE.2 Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali (Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011)

2.1 La Regione indica la DGRM 873 del 30/06/2008 - Revoca DGR n. 529/2004 – Nuove disposizioni in ordine alla costituzione del Dipartimento Regionale di Medicina trasfusionale.

La citata delibera istitutiva del Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina trasfusionale, prevede nel Comitato di dipartimento, organo cui compete l'emanazione delle linee di indirizzo e di programmazione, la presenza di rappresentati delle figure professionali previste dall'Accordo del 2011.

2.2 La Regione ha presentato una relazione conclusiva esaustiva delle attività dei COBUS.

AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012)

3.1 Nel 2014 è stato effettuato il richiamo relativo all'espletamento del Corso di Formazione per medici ed infermieri, già effettuato nel 2012.

3.2 La DGRM 873/2008, istitutiva del Dipartimento, ribadisce che il trasfusionale di Ancona è l'unico deputato all'espletamento della diagnostica siero-virologica e NAT (attività effettuata dal 2006).

AAE.4 Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) (Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013)

4.1 E' stato formalmente recepito l'Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013.

Si deve considerare innanzitutto che il processo di autorizzazione e accreditamento delle ST ed UdR, pur nella sua complessità, poneva evidenti scadenze già lo scorso anno. Tuttavia, in considerazione dell'attività svolta ed in particolare della programmazione dell'effettuazione della visite di verifica ai fini dell'accreditamento, pur se non ancora completate, la Regione si valuta positivamente.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

Preliminarmente si rappresenta che la Regione Marche nella verifica 2012, era stata dichiarata adempiente con impegno ad inviare opportuni atti regionali che dessero conto della realizzazione delle azioni indicate nella nota 466/ARS/RAO/P del 17 gennaio 2014.

Si prende atto, come si evince dalla documentazione allegata al Questionario 2013, che parte degli impegni sono stati portati a termine, sebbene manchino indicazioni relative alle attività poste in essere dal gruppo di lavoro per la predisposizione delle Linee di indirizzo regionali per gravidanza fisiologica, riduzione TC e integrazione territorio-ospedale. E' possibile, pertanto, ritenere superato l'impegno, auspicando, tuttavia, che la Regione invii informazioni dettagliate su quanto sopra sottolineato, al fine di meglio rappresentare l'attuazione delle Linee di attività contenute nell'Accordo del 2010.

Relativamente all'anno 2013, la Regione Marche giustifica la persistenza del PN di Fabriano (numero di parti < 500/anno) con la presenza di difficoltà logistiche legate alla viabilità che rendono disagevole il raggiungimento di altri Punti nascita. Dalle tabelle inviate, relative alla presenza degli standard previsti per le UU.OO. di ostetricia e pediatria/neonatologia di I livello e da una successiva relazione trasmessa dalla Regione, si evince che nel PN di Fabriano sussistono tali requisiti, sebbene con qualche disallineamento che si raccomanda venga al più presto risolto, sottolineando, nel contempo, che per la piena realizzazione delle azioni previste dall'Accordo del 2010, la tendenza della riorganizzazione dei PN è verso il mantenimento/attivazione di unità che effettuino almeno 1000 parti/anno.

Si giudica positivamente, inoltre, l'impegno della Regione ai fini della formazione sul tema specifico del percorso nascita, sebbene non sia stato attuato un opportuno rilevamento dei bisogni formativi che si auspica venga effettuato per indirizzare in maniera più puntuale le attività di formazione/aggiornamento.

Infine, si esprime apprezzamento per quanto disposto dalla DGR 709 del 9/6/2014 "Aggiornamento delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera per erogatori pubblici e privati accreditati dalla Regione Marche", che definisce la tariffa per il parto cesareo con la stessa valorizzazione economica del parto fisiologico stabilendo che *"al fine di ridurre il ricorso al parto cesareo, per il DRG 371 - Parto cesareo senza CC, la tariffa di ricovero ordinario e di day hospital viene mantenuta mediante l'equiparazione a quella del DRG 373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti"*.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE

La Regione nell'anno 2013 ha ridefinito l'assetto del sistema di Emergenza/Urgenza adottando provvedimenti formali relativi sia alla componente ospedaliera che a quella territoriale. Pertanto l'attuale assetto della rete dell'Emergenza ospedaliera, articolata su 4 Aziende Sanitarie di cui 1 sola ASL (ASUR) a sua volta articolata in 5 aree vaste, 1 Azienda Ospedaliero Universitaria, 1 Azienda Ospedaliera e un Istituto Nazionale per anziani, è costituito da un totale di 12 DEA di I livello, 1 DEA di II livello, 28 PS e 12 punti di Primo intervento ospedalieri e territoriali. A livello territoriale sono confermate le 4 Centrali Operative. La funzione di coordinamento operativo delle attività, ospedaliere e territoriali, è garantita dal coordinamento regionale.

In riferimento all'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, la Regione informa che è stato recepito parzialmente con DGR 735/2013 e fornisce indicazioni in merito alla riorganizzazione dei sistemi di cura ospedale territorio.

Per quanto riguarda il servizio di Continuità assistenziale, con lo stesso atto formale è stata prevista la costituzione della centrale operativa di continuità assistenziale, con la centralizzazione delle chiamate su un unico numero, presso le sedi delle 4 centrali operative 118, la revisione della rete delle postazioni e l'integrazione funzionale con il sistema di emergenza.

Ad integrazione, la Regione trasmette la documentazione relativa alla realizzazione delle postazioni 118 e del servizio di Continuità Assistenziale, comprensiva dei riferimenti normativi.

In riferimento alle reti ad alta complessità tempo dipendenti, la Regione ha fornito i riferimenti dell'atto formale che ha revisionato le reti ad alta complessità. Inoltre, comunica che i risultati dei monitoraggi, di recente attivazione, sulla verifica dell'efficacia dei percorsi delle reti delle patologie tempo dipendenti saranno trasmessi appena disponibili.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 101,92%
Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 99,57%
Esito: Adempiente

Numero accessi in PS per 1000 residenti: 343,54

Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:

N. Accessi EMUR PS per triage all'accesso
B 49.340 G 111.909 N 323 R 9.155 V 324.373 X 35.721 Totale 530.821

N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso
B 82.926 V 363.152 G 62.638 R 6.898 N 560 N.A 14.647 Totale 530.821

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 101,00%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/ totale record campi data-ora: 100%

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/ totale record campi data-ora: 97,25%

Esito: Adempiente.

AAG.3

ADEMPIENTE

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 17 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21).

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

La Regione Marche è impegnata nel processo di riorganizzazione/riqualificazione dell'assistenza territoriale fin dal 2007 con atti formali di programmazione che prevedono la realizzazione di forme organizzative (Equipe territoriali) monoprofessionali e pluriprofessionali. Attualmente sono operanti n. 56 Equipe territoriali riconducibili alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che prevedono la presenza sia di Pediatri di Libera Scelta (183 PLS) che di specialisti ambulatoriali (MSA). Con la recente DGR 452/2014 la Regione prevede che, nell'ambito di tale setting assistenziale, possano essere previsti vari livelli di strutturazione, a seconda delle esigenze assistenziali dei cittadini e del territorio di riferimento, nonché delle risorse disponibili, che vanno dalle forme meno strutturate (monoprofessinale) a quelle con strutturazione maggiore (medicina di gruppo) a quelle con la massima strutturazione (sociassistenziale) come le Case della Salute.

In data 31/12/2013 sono state attivate 11 Case della Salute ed è stata programmata la realizzazione di altre 13 strutture derivanti dal processo di riconversione di altrettanti piccoli ospedali come previsto dalla DGR 735/2013. Lo stesso documento ha altresì prefigurato l'attivazione di ulteriori n. 12/15 strutture per un numero complessivo di 36/39 Case della Salute da realizzarsi nel triennio 2014-2017. Nelle Case della Salute attualmente operanti sono presenti sia i PUA (4) che gli Ambulatori di Continuità Assistenziale (3). Allo stato attuale non sono state costituite le UCCP anche se riconducibili al modello Casa della Salute.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La Regione, in relazione all'impegno per l'anno 2012, ha trasmesso il decreto 85/2014 che istituisce la "scheda di valutazione della disabilità e setting assistenziale-riabilitativo" che rappresenta un supporto all'integrazione ospedale territorio ed è uno strumento per l'accesso dell'utente al setting assistenziale. Sono stati inoltre trasmessi i report per l'attività di ricovero di pazienti affetti da ictus e di pazienti con frattura epifisi prossimale di femore per gli anni 2011-2012-2013.

Relativamente ai dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedalieri la Regione conferma un trend positivo nel triennio 2011-2012-2013 e un posizionamento percentuale al di sotto del valore medio nazionale (vedi tabella allegata).

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La Regione Marche risulta sufficiente per 5 item su 5.

Tra le criticità si segnala, in particolare, un punteggio inadeguato per gli indicatori di performance dovuto ad un livello di attività insoddisfacente circa la percentuale dei campioni svolti per il controllo dei residui fitosanitari e la ricerca degli OGM.

Per i flussi informativi veterinari, ha conseguito un buon livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (sufficiente con un punteggio pari al 81,5% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili, per le attività di sorveglianza per la BSE oltre a una rendicontazione non corretta nella Banca Dati nazionale per i controlli ufficiali sulle popolazioni suine, la mancata ricezione da parte dell'Ufficio competente ministeriale della relazione sulle attività riconducibili al Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA) nonché il livello insufficiente di attività di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte e sulle autorità competenti locali oltre all'utilizzo di format non aggiornati per la rendicontazione dell'attività di audit sulle Autorità Competenti locali (vedi tabelle allegate).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Stante quanto risulta dal valore assunto dall'indicatore calcolato dalla Regione "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale (18)/ totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini (49)", le strutture che hanno attivato servizi di refertazione digitale costituiscono il 36,7% delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

SI RINVIA AL PUNTO L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

La Regione Marche 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 4 anni. Nonostante i risultati raggiunti sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, la regione Marche ha ancora importanti margini di miglioramento nella regolamentazione della propria spesa farmaceutica regionale rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 14,85% del FSR (17,3% al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci" nel 2013), a causa di una spesa ospedaliera che, in proporzione, risulta tra le più elevate in Italia. La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica" allegata al Questionario.

L'incidenza della spesa farmaceutica territoriale sul FSR è rimasta sostanzialmente invariata nel corso del 2013 rispetto all'anno precedente, nonostante le diverse deliberazioni emanate in questo ambito assistenziale; le azioni intraprese dalla Regione Marche nel corso del 2013 riguardano principalmente l'individuazione di centri autorizzati alla prescrizione di specifici principi attivi (medicinali con PT), il rinnovo del protocollo per la DPC con la filiera distributiva e per effetto dei provvedimenti emanati dall'AIFA, disposizioni inerenti la gestione e la prescrizione di medicinali quali l'ormone somatotropo e la nuova terapia dell'epatite cronica C.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la regione Marche, nonostante nel corso del 2013 mostri in questo ambito assistenziale una spesa che si attesta intorno ai 140 mln di euro, in riduzione rispetto al 2012 (168 mln di euro), ha fatto registrare un'incidenza percentuale della spesa sul FSR tra le più elevate in Italia, lasciando ancora importanti margini di miglioramento nella gestione di questo capitolo della spesa farmaceutica regionale.

La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale aggiornato con cadenza semestrale nel 2013, trasmesso all'AIFA.
Infine, la regione Marche ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in anticipo rispetto alla media delle 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 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 92% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.
Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 95% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 92% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

ADEMPIENTE

La Regione Marche ha trasmesso la DGR 551 del 17/04/2013 che recepisce gli standard approvati dal Comitato Lea nella seduta del 26 marzo 2012 e vincola i Direttori Generali degli Enti del SSR ad operare una riduzione del 25,8% delle strutture complesse e del 30,3% delle strutture semplici.
La Regione ha previsto n. 462 strutture complesse e n. 659 strutture semplici, corrispondenti ad un rapporto tra UOC e UOS pari a 1,42 (poco superiore allo standard del 1,31).
La Regione Marche ha inviato la Tabella 1G della ASUR del Conto annuale al 31 dicembre 2013.
Infine, la Regione ha inviato la DGR 1436 del 22/12/2014 che recepisce l'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di aver recepito il Piano nazionale per la malattia diabetica con DGR 1480 del 28/10/2013 recante "Recepimento Accordo 233/CSR del 6 dicembre 2012 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano "Piano per la malattia diabetica" - Indicazioni Operative".

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	RISPOSTA	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**61,54%**	**0**	**0,0**	

9	RIA 11	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	**100,00%**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
14	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%	**100,00%**	**2**	**6,0**	
15	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%	**96,85%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**48,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	PUNTEGGIO	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**99,19%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	

3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**2,00**	**2**	**4,0**	

5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**2,00**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**1,96**	**2**	**1,0**	

7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**0,00**	**0**	**0,0**	La Regione non raggiunge la copertura del 95% pertanto anche la qualità è valutata insufficiente.

9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**1,93**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**2,00**	**2**	**1,0**	

11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**2,00**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**2,00**	**2**	**4,0**	

13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**2,00**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,009%**	**2**	**6,0**	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**87,75%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**48,0**	**BUONA**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**48,0 - ADEMPIENTE**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**2**	**48,0 - BUONA**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**peso**	**risultato**	**risultato*peso**	**Note**
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**2**	**4**	
						8	**ADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza.

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	

208	Malattie delle vie biliari senza CC	
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	

369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	
377	Diagnosi relative a post parto e post aborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (Contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	8%	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	72,1%	7,5
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/ (numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80%	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	87,8%	15
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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	U.3: 22,8% Indicatore Griglia LEA: 49% % missing: 2%	30

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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore **"**Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 44% Anno2012: 39,8% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 44,6%	0
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 11,4% Anno2012: 10,8% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 3,4%	0

U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	Definizione PASSI: Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati Definizione Istat: Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 22,7% Anno 2102: 24,3% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 35,8%	0
U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	6,3%	10
U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 93,4%	0
U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 84,9%	0

U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 59%	0
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**92,5**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	12,4	14,7	11,5	13,5	10,8	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	7,6	10,2	8,9	10,5	7,2	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	10,7	9,3	10,,9	9,1	9,4	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	**≥ 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 effe+D5:E8+D5:F6ttuati <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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	**≥ 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	≥99,7%	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	**<95%**
4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	**≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma**	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	**attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie**	attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte
7	**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**	**>= 98%**	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%
8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	**<160 e ≥120**	<120 e ≥50	< 50

9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre	**< 70% in almeno 2 categorie**
10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 63/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Numero indicatore	Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità					
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	*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**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.Lgs 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	6	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	***invio oltre i tempi previsti (relazione non pervenuta)***	*invio entro i tempi previsti*	**1**	**6**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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***	**2**	**8**	
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	4	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***	**2**	**8**	

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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (13% pari a 1389 controlli su 10584)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	*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 [vedere annotazione]	*< 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"***	**2**	**12**	

9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	***<85% di bovini morti testati per BSE (71,39%)***	*≥ 85% di bovini morti testati per BSE*	**1**	**3**	
10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	
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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	*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 i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**8**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	
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 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*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, D.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	***< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report (0,27%)***	*≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	**1**	**6**	
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	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	***validazione effettuata entro la scadenza prevista***	**2**	**8**	

16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, 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 annotazione]	***numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte (8% pari a 7 controlli su 90)***	*numero di audit uguale o superiore al 30 % del totale del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte*	**1**	**5**	
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	*< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati*	***≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati***	**2**	**10**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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 annotazione]	*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*	**2**	**12**	
19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	*arrivo dei dati oltre il termine*	***arrivo dei dati entro il termine***	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	***≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale***	**2**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2013 *è stato basato su un riconoscimento condizionato*	***almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	***meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04 (61,53%)***	*almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	**1**	**4**	
21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	***comunicazione inviata oltre il termine (20 marzo)***	*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 2013 [vedere annotazione]	***tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013 (invio con modulistica non corretta)***	*tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013*	**0**	**0**	

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 D.Lgs n. 194 del 19.11.2008; DM 24/01/2011 "modalità tecniche per il versamento delle tariffe e la rendicontazione"	6	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 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	***allegato 3 inviato, corretto e completo***	**2**	**12**	
	TOTALE	**100**								**161**	

SUFFICIENTE punteggio pari al 80,5% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6

c) Obblighi informativi

Economici

INADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli e ha garantito la coerenza richiesta ai fini dell'adempimento.

Si sottolinea, però, quanto emerso durante le riunioni del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza: "Tavolo e Comitato non possono non sottolineare l'incongruenza del DCA 27/2014 che approva un bilancio sulla cui costruzione la gestione commissariale esprime non condivisione e sottolinea la permanenza di criticità, peraltro più volte rappresentate nel corso delle riunioni precedenti. Il bilancio dell'Asrem, peraltro, non risulta corredato della relazione del collegio sindacale. Richiamano la struttura commissariale alle responsabilità contabili inerenti l'approvazione del conto consolidato e contenute nel decreto legislativo 118/2011 (Estratto verbale 22 Luglio 2014)".

Poiché dai dati NSIS risulta che la Regione non ha ancora modificato i dati economico-patrimoniali in base alle criticità emerse durante la riunione del Tavolo tecnico, si ritiene la stessa inadempiente.

Statistici

INADEMPIENTE

La Regione Molise per l'anno 2012 era risultata inadempiente, dovendo provvedere a risolvere le criticità presenti sulla copertura del flusso informativo CEDAP (Certificato di Assistenza al Parto) e sulla copertura e qualità dei nuovi campi della SDO (DM 135 del 8.07.2010).

Per quanto riguarda l'anno 2013, la copertura dei dati risulterebbe complessivamente buona, tuttavia si evidenziano criticità sui seguenti flussi informativi:

- RIA11 (istituti e centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78);
- CEDAP (Certificato di Assistenza al Parto) per il quale le schede inviate per il 2013 corrispondono all'87,84% dei parti rilevati per il medesimo anno nella Scheda di Dimissione Ospedaliera;
- nuovi campi della SDO.

Si evidenzia che la copertura del CEDAP è in costante diminuzione dall'anno 2011 e che nel 2013 si registra una copertura inferiore alla soglia minima del 95%.

La qualità dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sui flussi informativi FLS21 (assistenza farmaceutica convenzionata e assistenza domiciliare integrata) e sui nuovi campi della SDO (vedi tabelle allegate).

E' stato chiesto alla Regione di integrare la banca dati NSIS, di eliminare le criticità nei flussi informativi FLS21, RIA11, CEDAP e sui nuovi campi della SDO e, a conclusione degli aggiornamenti dei dati NSIS, di procedere alla validazione ai sensi del DM 5 dicembre 2006 – Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

La Regione effettua delle integrazioni nella banca dati NSIS, che sono tali da poter considerare superate le criticità sui flussi informativi RIA11 e FLS21.

Per quanto attiene alle criticità sulla compilazione dei nuovi campi della SDO, la regione Molise ha inviato il 14 febbraio 2015 una nota nella quale è evidenziato dalla stessa Regione che, a fronte del provvedimento DCA 57/2010 emanato in materia, la compilazione di tali nuovi campi della SDO è restata, nell'ultimo triennio analizzato, molto al di sotto della soglia fissata per l'adempienza LEA (90%).

Permangono altresì le criticità già segnalate relativamente al flusso informativo CEDAP.

Si evidenzia che le criticità sui nuovi campi della SDO e sul flusso CEDAP erano già state segnalate alla Regione Molise nell'ambito della verifica 2012.

e) Erogazione LEA

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La regione Molise con un punteggio pari a 140 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente con impegno". Si segnalano criticità per gli indicatori: 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (già rilevata nel 2012), 6.3 Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti, 9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti, 9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti, 10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti (già rilevata nel 2012), 10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti e 18 Percentuale parti cesarei primari (già rilevata nel 2012). Considerando che la Regione è in Piano di rientro si rinvia agli obiettivi stabiliti dal Piano stesso.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Regione Molise per l'anno 2012 era stata considerata inadempiente con rinvio al Piano di rientro mostrando una dotazione di posti letto superiore rispetto allo standard previsto dalla normativa vigente, pari a 4,54 per 1.000 abitanti, di cui 3,61 per pazienti acuti e 0,93 per riabilitazione e lungodegenza.

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2014, la regione Molise ha una dotazione di 1.278 posti letto, pari a 4,06 per 1.000 abitanti, di cui 3,30 per pazienti acuti (1.040 posti letto) e 0,76 per riabilitazione e lungodegenza (238 posti letto). Si rileva che non è stata effettuata la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13 in base dati 2014.

L'offerta di posti letto regionali è in lieve decremento nel 2013 ma risulta superiore rispetto allo standard. In riferimento a tale tematica la Regione ha reiterato la trasmissione del Programma Operativo 2013-2015, le cui versioni successive sono state oggetto di valutazione nella sede istituzionale preposta al monitoraggio del Piano di rientro e alle quali si rimanda.

La documentazione integrativa trasmessa dalla Regione non modifica quanto sopra esposto.

F.2

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

In via preliminare si evidenzia che, per l'anno 2012, la Regione era stata considerata inadempiente con rinvio al Piano di rientro, in presenza di un Tasso di Ospedalizzazione per mille abitanti di 178,77, con una quota riferita al regime diurno del 32,9%, e in considerazione del fatto che risultava aver trasmesso provvedimenti non sufficienti a garantire il raggiungimento dei nuovi standard previsti dalla L. 135/2012.

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2011-2012-2013) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 188,31 nel 2011, di 178,77 nel 2012 e di 174,19 nel 2013.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, con un differenziale di 7,8 (32,8%) nel 2011, 7,9 nel 2012 (32,9%) e 6,33 nel 2013 (31,33%).

In riferimento al tale tematica la Regione ha reiterato la trasmissione del Programma Operativo 2013-2015, le cui versioni successive sono state, peraltro, oggetto di approfondita valutazione nella sede istituzionale preposta al monitoraggio del Piano di rientro e alle quali si rimanda.

Successivamente, nel febbraio 2015, la Regione ha trasmesso una relazione tecnica che illustra gli esiti della disamina dei diversi contesti assistenziali regionali, nonché la previsione di contenimento dei valori di ospedalizzazione attraverso l'adozione di specifici provvedimenti; si prevede che tali provvedimenti, ad oggi in fase di programmazione, possano avere efficacia sul contenimento dei valori di ospedalizzazione a partire dal corrente anno 2015.

g) Appropriatezza

INADEMPIENTE

La regione Molise con una percentuale pari al 26% di DRG critici, si colloca nell'area dell'inadempienza.

Si segnalano le criticità per i DRG 006 139, 251, 252, 254, 256, 281, 323, 333, 340, 352, 360, 381, 410, 467 (vedi tabella allegata).

La Regione fornisce un dettaglio relativo ai suddetti DRG critici che non rispetta i criteri di elaborazione previsti dalla metodologia riportata nelle Note per la compilazione del Questionario (es. tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e percentuale di ricoveri ordinari > 1 giorno). Pertanto si confermano i dati già elaborati per l'anno 2013 mentre gli eventuali effetti delle politiche adottate dalla Regione in relazione al governo dell'appropriatezza (es. spostamento di alcune prestazioni dal setting ospedaliero a quello ambulatoriale) saranno oggetto di valutazione della prossima verifica 2014.

h) Liste d'attesa

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

H.1 Monitoraggio ex post

La Regione nel corso del 2013 ha effettuato il monitoraggio ex post. Dai dati presenti nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) risulta che i campi Classe priorità prestazione, Garanzia tempi attesa, Prestazioni I accesso, Struttura sanitaria erogatrice presentano una valorizzazione inferiore alla soglia prevista.

H.1.2 Non è possibile misurare i due indicatori per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecodoppler dei tronchi sovraortici (che concorrono alla valutazione di adempienza per l'anno 2013) in quanto non risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione nel corso del 2013 ha effettuato il monitoraggio ex ante. Dai dati pervenuti risulta che non è stata raggiunta la soglia prevista del 90% sia per la Classe B che la Classe D nelle due settimane indice.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Dai dati pervenuti non risulta raggiunta la soglia prevista del 90% per i campi Data di prenotazione e Classe di priorità.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni

Dai dati pervenuti risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

H.4.2 La Regione dichiara di non aver fornito indicazioni per evitare disagi in caso di sospensione. Già nel corso della verifica per l'anno 2012 la Regione era stata sollecitata a fornire spiegazioni su questo specifico punto.

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.

H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa

Al riguardo la Regione dichiara che sul sito istituzionale dell'ASReM, nell'apposita sezione riservata all'amministrazione trasparente, alla voce Servizi erogati - Liste di attesa, vengono riportati i dati di cui all'art. 41 c.6 del D.lgs 33/2013.

Ad integrazione di quanto sopra riportato, la Regione trasmette una relazione con la quale segnala che, con determina del DG per la Salute n.22 del 25/07/2014, ha istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per l'attivazione del nuovo CUP regionale, al quale è stata demandata anche la soluzione delle problematiche inerenti il rispetto dei tempi delle liste di attesa.

La Regione presenta criticità per il Monitoraggio ex post, il Monitoraggio ex ante, il Monitoraggio delle attività di ricovero e il Monitoraggio delle sospensioni.
Anche nel 2012 erano presenti le stesse problematiche connesse sia alla gestione delle trasmissioni dei dati sia a fattori tecnico organizzativi (interventi per evitare i disagi causati dalle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni).
Si prende atto degli interventi avviati, così come dichiarati nella documentazione pervenuta, che consentono di sanare l'inadempienza dell'anno 2012.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA
La Regione Molise ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 65,4 milioni di euro, corrispondente ad un disavanzo rispetto al tetto del 11,35% del Fabbisogno sanitario regionale dello 0,07% (0,42 milioni di euro). La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 23,6 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del Fabbisogno sanitario regionale dello 0,62% (3,6 milioni di euro).
La Regione Molise evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 4 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.
Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.
Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.
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 2013.

Regione: MOLISE			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	48.947.767	8,54%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	788.875	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	1.010.248	0,18%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	846.933	0,15%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	15.557.329	2,71%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	9.030.797	1,58%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	3.819.527	0,67%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	5.211.270	0,91%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	65.678.567	11,46%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	573.058.897	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	65.042.185	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	636.382	0,11%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		16,7%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	217.075	0,04%
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**65.461.492**	**11,42%**
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	40.905.248	7,14%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	2.372.212	0,41%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	353.910	0,06%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	64.710	0,0113%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	303.930	0,05%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	22.253.157	3,88%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	573.058.897	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	20.057.061	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	104.000	0,02%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	0	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	1.098.048	0,19%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**23.631.321**	**4,12%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	3.574.260	0,62%

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE

L'adempimento è fra quelli che sono oggetto di azioni di miglioramento e rafforzamento nel Piano di rientro stipulato dalla Regione.

La Regione invia la tabella di monitoraggio e verifica dello stato di implementazione Co.An. da cui si evince che gli obiettivi sono stati raggiunti secondo le percentuali previste. In relazione al fatto che per gli anni precedenti la Regione risultava inadempiente, è stata richiesta alla Regione documentazione che attesti lo stato di avanzamento della contabilità analitica e le azioni intraprese al riguardo. Non avendo ricevuto alcuna integrazione, si ritiene la Regione inadempiente.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione viene considerata adempiente, avendo dichiarato che non ci sono variazioni rispetto a quanto rappresentato per il 2012.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, 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.

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 64% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

INADEMPIENTE

La Regione risulta inadempiente per gli anni 2011 e 2012; nello specifico:

- nel 2011 doveva chiarire e disciplinare 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
- nel 2012 non ha raggiunto il punteggio minimo richiesto. La normativa sulla compartecipazione del Comune/assistito alle prestazioni di assistenza sociosanitaria non è in linea con la normativa nazionale, con riferimento a:
    - trattamenti residenziali e semiresidenziali socio-riabilitativi di mantenimento a persone con disabilità, per i quali non è presente la quota di oneri a carico del sociale;
    - trattamenti residenziali a persone con disturbi mentali, per i quali non è presente la quota di oneri a carico del sociale.

La documentazione inviata per la verifica 2013 non consente di superare l'inadempienza per il 2011 e per il 2012.

Relativamente all'anno 2013, il punteggio totale riportato dalla Regione è di 8 punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale dell'anziano non autosufficiente in cure domiciliari: 1 punti
Offerta assistenziale: 7 punti
Ripartizione degli oneri: 0 punti.

La Regione non raggiunge il punteggio minimo necessario; le criticità rilevate sono le stesse evidenziate negli anni passati:

- i trattamenti residenziali socio-riabilitativi di mantenimento a persone con disabilità non prevedono quota di compartecipazione a carico del sociale, così come quelli semiresidenziali;
- i trattamenti socio-riabilitativi residenziali a persone con disturbi mentali non prevedono quota di compartecipazione a carico del sociale.

Ai soli fini informativi si rappresenta che il flusso FAR riporta trattamenti in R1 che la Regione dichiara di non erogare a livello territoriale e che nei livelli R2 e R3 la Regione si colloca sotto la mediana, confermando la criticità della scarsa offerta residenziale e semiresidenziale per pazienti non autosufficienti.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 145% Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 93,74%
Esito: Adempiente

Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 7,56

Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1
N. Pic erogate 918 Tasso di prese in carico 2,93
CIA Livello 2
N. Pic erogate 887 Tasso di prese in carico 2,83
CIA Livello 3
N. Pic erogate 163 Tasso di prese in carico 0,52
CIA Livello 4
N. Pic erogate 440 Tasso di prese in carico 1,40
Totale PIC erogate 2408.

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

Per il calcolo del Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale), la Regione rileva 1 assistito in assistenza semiresidenziale.
Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 119,23%
Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 0,20

Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		Totale assistiti(*)
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
44	0,14	15	0,05	0	0,00	3	0,01	62	0,20	1	0,00	0	0,00	1	0,00	63

(*) Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione.
La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbe non corrispondere con il valore in Totale assistiti. Infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso il DCA 19 del 27/06/2013 "Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Ricovero Ospedaliero", in cui i valori soglia per i ricoveri in lungodegenza sono fissati in un massimo di 60 giorni, con un abbattimento previsto dopo la soglia del 40,25%.

u) Prevenzione

INADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Molise risulta pari a 62,5 ovvero inferiore alla soglia fissata per l'adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

La Regione ha risposto in maniera esaustiva a tutti i punti del Questionario, indicando i provvedimenti già trasmessi per la verifica 2012 e valutati positivamente.

Per quanto concerne la programmazione in materia di formazione del personale sanitario, la Regione con DGR 74 del 14 febbraio 2011 ha approvato il Piano di Formazione Regionale definendo gli obiettivi formativi di interesse regionale per il triennio 2011/2013.

Con DGR 863 del 31 dicembre 2012 è stato approvato il "Manuale di Accreditamento dei Provider Regionali ECM".

Il sistema di accreditamento dei provider regionali avviato, tramite bando, con la determinazione del Direttore Generale n.92 del 16 aprile 2013, allo stato risulta informatizzato.

Per quanto riguarda il trasferimento dei report al COGEAPS, la Regione pur avendo adottato il tracciato unico definito dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC), dichiara che i provider accreditati potranno effettuare la doppia trasmissione dei dati al COGEAPS e all'ente accreditante, come previsto dalla normativa in materia, solo dal 2 maggio 2014.

Tanto premesso, le Regione viene considerata adempiente, con la raccomandazione di implementare il Sistema di accreditamento come previsto dalla normativa.

x) Implementazione percorsi diagnostico- terapeutici

INADEMPIENTE

La Regione indica i PDTA operativi e precisamente quelli relativi a: Carcinoma colon retto, Neoplasie della Mammella, Cervice uterina, Polmone e Prostata.

I suddetti PDTA sono supportati da DGR degli anni 2008 – 2007.

Si suggerisce di favorire l'implementazione di ulteriori PDTA come espressione di Line guida cliniche.

La Regione dichiara di non effettuare il monitoraggio dei PDTA individuati.

Da quanto sopra espresso emergono alcuni aspetti critici, tra cui la mancanza di un monitoraggio costante e strutturato ai fini migliorativi.

y) LEA aggiuntivi

INADEMPIENTE

La Regione dichiara di garantire farmaci di classe C ai soggetti affetti da malattie rare ed alimenti aproteici a cittadini nefropatici con ISEE inferiore ad € 20.000, specificando che "i livelli aggiuntivi sono stati garantiti in un'ottica di prevenzione, utilizzando le risorse del Fondo regionale delle Politiche sociali".

Non viene trasmesso nessun provvedimento ricognitivo.

Dal modello LA risultano erogate le seguenti prestazioni aggiuntive per un totale di € 1.447.000:

- laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia
- prodotti aproteici

- prestazioni aggiuntive MMG e PLS previste da Accordi regionali/aziendali
- farmaci di fascia C per persone affette da malattie rare
- rimborsi per spese di viaggio e soggiorno per cure.

La Regione essendo in Piano di rientro non può garantire livelli ulteriori di assistenza.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE

La regione Molise rappresenta di aver concluso l'iter di accreditamento istituzionale; nel Piano Operativo 2013-2015 conferma tale obiettivo e procede a concentrare la revisione della rete ospedaliera e la rideterminazione dei fabbisogni assistenziali alla luce della L.135/2012.

Con DCA 22 del 27 giugno 2013 ha recepito l'Intesa del 20/12/2012.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato di non aver autorizzato programmi di sperimentazione gestionale e di non aver legiferato in materia. Al 31 dicembre 2013 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 Molise ha dichiarato che il Piano di riorganizzazione della rete laboratoristica è in fase di revisione. Rispetto a quanto dichiarato per la verifica 2012 si rileva una lentezza nella definizione ed approvazione del Piano di riorganizzazione.

Nel corso del 2012 la Regione aveva dichiarato che l'ASREM aveva predisposto la regolamentazione sul service di laboratorio; data la mancanza di informazioni in merito a tale punto nel Questionario, sono stati richiesti chiarimenti in data 5 settembre 2014, ancora non forniti dalla Regione.

In merito alla medicina di laboratorio, la Regione ha risposto a tutti i quesiti.

am) Controllo cartelle cliniche

INADEMPIENTE

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, 32.385 controlli, pari al 76,19% del totale, mentre effettua per le strutture private 4.880 controlli, pari al 72,23%.

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, 32.385 controlli, pari al 76,19% del totale, mentre effettua per le strutture private 4.880 controlli, pari al 72,23%. Per le strutture a diretta gestione regionale (IRCCS Neuromed; Fondazione Giovanni Paolo II) fornisce i dati separatamente in ulteriori due tabelle.

Per quanto concerne le misure adottate successive ai controlli sanitari, la Regione non riporta i dati relativi alle strutture pubbliche perché non remunerate a prestazione e quindi senza alcuna decurtazione tariffaria, mentre non sono ancora pervenuti i dati relativi alle strutture private.

La Regione con nota del 17/11/2014 invia delle tabelle riepilogative dei controlli con gli importi delle contestazioni effettuate per i 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza ma non fornisce i chiarimenti richiesti in data 22/09/2014 relativamente ai medesimi valori dei controlli, sia per le strutture pubbliche che per le strutture private, riportati nelle Tabelle 1 e 2, in cui sono indicati analogamente anche i medesimi valori dell'abbattimento tariffario e del numero delle cartelle cliniche non confermate. Inoltre, le tabelle non sono conformi a quelle previste (Tabella 1 e Tabella

2) dalla Circolare del MdS n. 5865 del 1 marzo 2013 “Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche”.
Si invita la Regione a riportare in modo corretto e chiaro ogni informazione relativa ai controlli sulle cartelle cliniche, compilando come richiesto la Tabella 1 e la Tabella 2 sia per gli erogatori pubblici che per gli erogatori privati accreditati.

Con prot. 27242 del 10 marzo 2015 la regione Molise invia le tabelle riepilogative sui controlli delle cartelle cliniche.
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 complessivamente per le strutture pubbliche e private 30.670 controlli pari al 49,02%.
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, complessivamente per le strutture pubbliche e private 30.670 controlli pari al 49,02%.
Si richiedono dunque dei chiarimenti in merito ai medesimi valori dei controlli riportati nelle Tabelle 1 e 2 nelle quali sono indicati analogamente anche i medesimi valori dell’abbattimento tariffario e del numero delle cartelle cliniche non confermate. Si precisa che i dati da inserire nella Tabella 1 sono relativi ai controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6/08/2008 mentre la Regione riporta quelli relativi alle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza già inseriti nella Tabella 2. Si ricorda, inoltre, che le Tabelle 1 e 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 secondo quanto previsto dall’art.3 c.2 del DM 10/12/2009.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione sulla base di quanto dichiarato nel Questionario, da cui si evincono i dati di spesa certificati di cui all’elenco 1, 2 e 3 allegati al DM 332/1999, risulta adempiente, sussistendo la coincidenza con quanto risultante dal NSIS.

ao) Cure palliative

AO.1
INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR
In via preliminare si rileva che, per l'anno 2012, la Regione veniva considerata inadempiente, in quanto non risultava formalmente istituita la rete assistenziale palliativa, non risultava garantito l’utilizzo sistematico degli strumenti di valutazione della qualità percepita, la tabella degli indicatori per la verifica del raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi e strutturali era lacunosa e non risultava formalmente istituita la rete di terapia del dolore.
Nel Questionario 2013 si osserva che permangono non attuate le iniziative previste relative alla rete assistenziale palliativa e che la tabella degli indicatori è compilata in modo lacunoso.
Successivamente la Regione trasmette supplementi di istruttoria consistenti, fra l’altro, nella scheda di rilevazione della qualità percepita in uso presso l’Hospice di Larino, che viene valutata positivamente. Inoltre, si prende atto delle esortazioni indirizzate ai responsabili delle cure domiciliari relativamente alla corretta compilazione della suddetta tabella degli indicatori. Risultano, tuttavia, non ancora istituite formalmente la rete assistenziale palliativa e la rete di terapia del dolore con indicazione dei centri Hub e Spoke e delle prestazioni erogate presso ciascun centro.
Tutto ciò premesso, si ritiene di poter considerare superata l'inadempienza relativa al 2012; relativamente all’anno 2013, la Regione deve provvedere a sanare le carenze evidenziate.

AO.2

INADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di completezza per ASL

Disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento: NO

Esito: Inadempiente

N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 0

Esito: Inadempiente.

AO.3

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Regione per l'anno 2012 era stata considerata inadempiente per non avere ottemperato ad alcuno degli adempimenti previsti nella tabella relativa al percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.

In riferimento all'anno 2013 la Regione dichiara di avere ottemperato agli adempimenti evidenziati nella tabella ad eccezione del primo, relativo all'attivazione della rete di terapia del dolore comprendente il medico di medicina generale, l'oncologo, il Centro di terapia del dolore. In relazione alla tematica, non risulta avere trasmesso documentazione.

ap) Sanità penitenziaria

INADEMPIENTE

Per gli anni 2011 e 2012 la Regione risultava inadempiente perché

- non aveva stipulato le convenzione per l'uso dei locali
- non aveva formalmente individuato strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali
- non aveva programmato e attivato, all'interno di almeno uno degli Istituti penitenziari, una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale.

Per l'anno 2013 la Regione dichiara che è stato dimesso il 50% dei soggetti internati in OPG (5 su 9).

La Regione non 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 Centri di Prima Accoglienza (CPA).

La Regione, infine, non ha attivato all'interno di 4 Istituti penitenziari, una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale, così come previsto dall'Accordo "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'allegato C del DPCM 1 aprile 2008" del 13/10/2011.

In data 14 febbraio la Regione trasmette documentazione integrativa, che tuttavia non modifica la valutazione sopra riportata.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha effettuato il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni; ha compilato la relativa tabella del Questionario, dalla quale emerge che sono rispettati i requisiti richiesti (almeno 7 Raccomandazioni su 15 implementate a livello aziendale al 70% e 8 Raccomandazioni su 15 implementate al 100%).

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la relativa tabella dalla quale emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici sono 2 su 3 e rappresentano il 67%, superando in tal modo il valore di riferimento.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti
La Regione dichiara di non aver adottato formalmente uno specifico piano di formazione, tuttavia, nell'anno 2013, l'ASReM ha svolto attività formativa di cui viene allegata documentazione.
AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in sala operatoria
La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Check list di chirurgia; dall'indagine è emerso che viene utilizzata da tutte le 6 UO chirurgiche regionali.
AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali
La Regione non ha prodotto il report. In data 14 febbraio 2015 la Regione trasmette documentazione integrativa sul punto; pur apprezzando gli sforzi fatti a riprova della rilevanza che la stessa Regione dà al tema della sicurezza del paziente, tuttavia si rappresenta che il punto ha come finalità l'acquisizione di informazioni relative alla produzione di un report sul monitoraggio delle Raccomandazioni, ovvero di una relazione descrittiva delle attività e dei risultati.
La Regione, pur individuando le aree che richiedono una maggiore attenzione attraverso una selezione di 10 processi per i quali sono previste le azioni di miglioramento, di fatto si limita ad elencarle senza illustrarle nel dettaglio, rimandando alla convenzione tra AGENAS/ Federsanità / Regione Molise per le "specifiche tecniche" contenute nel "Report finale". Tale "Report finale" descrive solo un modello a cui riferirsi fornendo informazioni su "come si deve fare" e non su "cosa è stato fatto". In tal senso non costituisce una vera e propria relazione sulle attività svolte ovvero la traduzione dalla teoria alla pratica.
AS.6 Prevenzione delle cadute
La Regione non ha definito un piano per la prevenzione delle cadute.
AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES
La Regione dichiara di aver attivato un sistema di monitoraggio con indicatori e standard per la valutazione dei piani di miglioramento, tuttavia non vengono forniti dettagli né documenti.
Per quanto sopra esposto la Regione risulta adempiente secondo i criteri valutativi; parimenti si ritiene superata l'inadempienza 2012.

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE
Rispetto all'indicatore:
- "Numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici nell'anno 2013" la Regione dichiara 172 punti di prenotazione/accettazione;
- "Numero di prenotazioni effettuate nell'anno 2013" la Regione dichiara 687.414 prenotazioni effettuate nel 2013;

Relativamente agli indicatori
- "Misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate nell'anno 2013"
- "Rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell'anno 2013"

inizialmente la Regione dichiarava che l'attuale procedura non consentiva di produrre il dato; in seguito, con la trasmissione di documentazione integrativa, fornisce indicazioni in merito alle azioni poste in essere per rilevare suddetti dati.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

INADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica)

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 68,5%

Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Inadempiente

In data 14 febbraio 2015 la Regione trasmette una nota integrativa riguardante le criticità relative alla valorizzazione del codice diagnosi, che tuttavia non modifica la valutazione sopra riportata.

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012: 148%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: 100%

Il codice 99 non noto/non risulta è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 70

Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,32

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di avere avviato la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, attualmente in fase sperimentale, presso il presidio Ospedaliero di Campobasso e Termoli. Dichiara inoltre che l'attuale sistema prevede l'accesso da parte degli operatori sanitari e non degli assistiti, ma che lo stesso sarà reso coerente con quanto previsto dall'art.12 del DL 179/12 e s.m.i.

Nella relazione non è riportata nessuna quantificazione relativa a numero di utenti, volume di referti presenti nel FSE, volumi di profili sanitari sintetici, servizi per la gestione del profilo sanitario sintetico.

In seguito alla richiesta di integrare quanto riportato nella relazione con le evidenze numeriche suddette, la Regione trasmette ulteriore documentazione, con la quale fornisce i chiarimenti richiesti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

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 (Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010).

1.1–1.2 La Regione ha completato le visite di verifica ed emanato i decreti di autorizzazione ed accreditamento per le Strutture Trasfusionali e per le Articolazioni Organizzative Territoriali.
1.3 La Regione ha comunicato di essersi dotata di apparecchiatura di scongelamento del plasma per le Strutture Trasfusionali dei Centri Ospedalieri di Campobasso, Isernia e Termoli.
AAE.2 Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali (Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011)
2.1 La Regione allega il DCA 52 del 21/11/2012 «Piano Sangue e Plasma regionale per il triennio 2013-2015.
2.2 La Regione dichiara di aver costituito, con provvedimento n. 151 del 10/12/2014 del Direttore Generale ASReM un unico COBUS a valenza regionale.
AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012)
3.1 La Regione dichiara di aver effettuato corsi BLS per il personale del Servizio di Medicina Trasfusionale (SMT).
3.2 La Regione dichiara di aver centralizzato presso il solo Servizio Trasfusionale del PO "Cardarelli" di Campobasso le attività di screening NAT e screening sierologico.
AAE.4 Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) (Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013)
4.1 La Regione dichiara di assicurare sin dal 2011 le attività di cui all'Accordo MEC del 13 marzo 2013 attraverso il "Centro Regionale di Riferimento per la diagnosi e cura delle emofilie e delle Malattie Emorragiche Congenite rientranti nel DM 279/2011 istituito con DGR 155 del 21/3/2011".

La Regione viene considerata adempiente; si invita al recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013.
Infine, in considerazione del fatto che sono stati effettuati dei passi in avanti nel processo di accreditamento, si possono considerare superate le inadempienze per gli anni 2011 e2012.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La documentazione trasmessa, sebbene non completamente esaustiva, permette di desumere lo sforzo che la regione Molise sta compiendo per terminare il processo di riorganizzazione del percorso nascita. In particolare, è stato ricostituito il Comitato percorso nascita regionale, risulta attivato il Sistema di Trasporto in Emergenza del Neonato (STEN), mentre è meno chiaramente indicata l'attivazione del Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM), in merito al quale la Regione dovrà relazionare in maniera più completa, oltre a dover anche riferire sull'offerta della partoanalgesia e sull'implementazione delle linee guida relative alla gravidanza fisiologica ed al taglio cesareo elaborate da SNLG-ISS e sull'implementazione della raccomandazione per la prevenzione della mortalità materna elaborata dal Ministero della salute.
Relativamente alla formazione degli operatori coinvolti nel percorso nascita, si prende atto del documento inviato "Programma corsi di aggiornamento - Incontri Neonatologici Molisani 2013".
Infine, relativamente agli standard di sicurezza, organizzativi e tecnologici di cui si richiedeva la presenza nel punto nascita di Isernia, in cui si effettuano meno di 500 parti/anno, si invita la Regione a riconsiderare attentamente quanto espresso, poiché la dichiarata esistenza in tale PN di tutti i requisiti previsti dall'Accordo del 2010 contrasta con quanto riportato in precedenti documenti.
Tutto ciò premesso, la Regione viene considerata adempiente con impegno ad inviare le informazioni sopra richieste, corredate da eventuali atti formali della Regione.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE

La Regione Molise ha comunicato di aver previsto la riorganizzazione dell'emergenza-urgenza, compresa la programmazione delle reti delle patologie tempo dipendenti, con i Programmi Operativi 2013-2015 e di aver emanato il DCA 21 del 04/06/2014 per la successiva attuazione; tale provvedimento tuttavia non può essere attuato in quanto è in sede di contenzioso.

Attualmente sul territorio regionale non ci sono ospedali con sede di Pronto Soccorso, ma sono presenti:

- due Dipartimenti di Emergenza Urgenza di I Livello (Isernia, con annessi gli stabilimenti di Agnone e di Venafro, e Termoli, con annesso lo stabilimento di Larino)
- un Dipartimento di Emergenza Urgenza di II Livello (Campobasso)
- tre Punti di Primo Intervento (ospedalieri)
- sedici Punti di Primo Intervento (territoriali)
- una Centrale Operativa 118 (Servizio di Emergenza Territoriale) con sede presso l'ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso e con valenza regionale.

L'integrazione ospedale-territorio ed il coordinamento delle attività di emergenza vengono svolte dal SET-118, componente strutturale del DEA di II Livello dell'unica ASL regionale. Le postazioni avanzate territoriali del SET-118 sono 16 (Agnone, Bojano, Campobasso 1, Campobasso 2, Castelmauro, Cerro al Volturno, Frosolone, Isernia, Larino, Montenero, Riccia, S. Croce di Magliano, S. Elia a Pianisi, Termoli, Trivento e Venafro). La centrale unica per la CA con numero 116117 collegata con la Centrale 118, su una piattaforma informatica e tecnologica condivisa, è in corso di predisposizione.

L'attività di elisoccorso è in convenzione con la regione Abruzzo, che rende disponibili le eliambulanze e le relative équipe dalle basi di Pescara e L'Aquila.

La Regione ha comunicato le informazioni attualmente a sua disposizione, facendo presente che il Piano Operativo regionale è stato sospeso per sentenza del TAR e ancora è in attesa del responso del Consiglio di Stato.

La Regione con nota prot. DGPROGS n. 12 del 14 febbraio 2015, ad integrazione delle informazioni già fornite, trasmette le Determinazioni n. 197 e 202 del Direttore Generale per la Salute. Con tali atti viene istituito un gruppo di lavoro regionale, composto da esperti in materia di emergenza sanitaria e reti tempo dipendenti, che sarà di supporto della Direzione Generale.

Tale informazione rappresenta pienamente la volontà della Regione di ridefinire il sistema dell'emergenza sanitaria e delle reti tempo dipendenti. Si rileva, inoltre, che, pur essendo chiaro l'obiettivo che il gruppo dovrà avere nel supportare la Direzione Generale per la Salute, non sono stati indicati i tempi entro i quali raggiungere tale obiettivo.

AAG.2

INADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 40,63%

Si segnala l'assenza di dati da parte di 4 strutture rispetto alle 6 attese.

Esito: Inadempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 99,90%

Esito: Adempiente

Numero accessi in PS per 1000 residenti: 177,89

Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:

N. Accessi EMUR PS per triage all'accesso

B 4.235 G 12.463 N 13 R 493 V 38.537 Totale 55.741

N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso

B 2.943 V 41.614 G 9.229 R 406 N 45 N.A 1.504 Totale 55.741

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 98,11%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/ totale record campi data-ora: 100%

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/ totale record campi data-ora: 97,75%

Esito: Adempiente.

AAG.3

INADEMPIENTE

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 23 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21).

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

Relativamente agli atti formali di programmazione relativi all'istituzione dei modelli organizzativi per l'erogazione delle Cure primarie denominati AFT e UCCP, la Regione indica gli estremi degli atti (DCA 21/2014 - adozione Programmi Operativi 2013-2015). Precisa però al contempo che il provvedimento è stato oggetto di impugnativa dinanzi al TAR Molise e che in esito a tale ricorso è stata sospesa l'efficacia del provvedimento stesso. Permangono pertanto le modalità organizzative evidenziate nell'anno 2012 ovvero l'adozione delle forme associative dell'Assistenza Primaria semplici (28), in rete (8) e di gruppo (11) ed il 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 h12 con specialisti ambulatoriali dipendenti e convenzionati nonché il servizio di emergenza territoriale 118.

La Regione indica i riferimenti normativi relativi alla riorganizzazione delle Cure Primarie, ma non fornisce alcuna relazione esplicativa non essendo gli stessi ancora stati attuati.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La Regione Molise ha inviato il DCA 37 del 03/11/2014 "Approvazione del Piano Regionale della Riabilitazione 2014-2016", superando l'impegno per l'anno 2012.

Relativamente ai dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedalieri, la Regione registra un trend positivo nel triennio 2011-2012-2013 e un posizionamento positivo rispetto al valore medio nazionale (vedi tabella allegata).

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 dovuto ad un livello di attività insoddisfacente per la percentuale dei campioni svolti per il controllo

sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione, per il controllo dei residui fitosanitari e la ricerca degli OGM.
Per i flussi informativi veterinari ha conseguito un buon livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (sufficiente con un punteggio pari al 84% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6). In proposito, si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili, per le attività di sorveglianza per la BSE nonché per il livello di attività di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte oltre alla mancata ricezione da parte dell'Ufficio competente ministeriale della relazione sulle attività riconducibili alla lotta al randagismo (vedi tabelle allegate).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
Stante quanto risulta dal valore assunto dall'indicatore calcolato dalla Regione "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini", le strutture che hanno attivato servizi di refertazione digitale costituiscono il 100% delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini.
Si chiede alla Regione di fornire l'elenco delle strutture.

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 4 anni.
La Regione ha ancora importanti margini di miglioramento nella regolazione della propria spesa farmaceutica rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 14,85% del FSR (16,45% nel 2013, rispetto alla somma dei tetti 11,35% + 3,5%), nonostante incoraggianti risultati raggiunti sia sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, sia su quello dell'assistenza ospedaliera.
La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica allegata al Questionario.
Per quanto riguarda la spesa farmaceutica territoriale, nel corso del 2013 la regione Molise ha dichiarato di aver emanato numerosi provvedimenti, pur rimanendo l'incidenza sul FSR di questo capitolo di spesa sostanzialmente invariata rispetto al 2012. Oltre ad azioni di natura essenzialmente organizzativa dell'assistenza territoriale, risparmi sono stati generati dalle numerose deliberazioni emanate dalla Regione riguardanti gli accordi con Federfarma per la distribuzione dell'ossigeno liquido, la rimodulazione degli obiettivi per i MMG e la disciplina delle modalità di prescrizione e di erogazione dei medicinali in regime di convenzione attraverso l'individuazione di soglie prescrittive.
Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, pur rimanendo la spesa farmaceutica ospedaliera regionale elevata, la regione Molise evidenzia un'inversione del trend dell'incidenza della spesa sul FSR, dovuta alle diverse azioni intraprese, sostanzialmente di natura organizzativa, in questo ambito assistenziale.
La regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, aggiornato con cadenza semestrale nel 2013 e trasmesso all'AIFA.
Infine, la regione Molise ha garantito un accesso parziale ai medicinali innovativi di recente autorizzazione (probabilmente per motivazioni derivanti dall'elevata specializzazione dei centri prescrittori), in ritardo rispetto alla media delle altre Regioni in Italia.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

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

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 94% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.

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

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 94% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Molise ha inviato il DCA 7 del 20/03/2013 recante l'approvazione definitiva per la redazione dell'atto aziendale dell'ASREM., la direttiva per la redazione dell'atto aziendale, il DCA 21 del 04/06/2014 relativo all'adozione del PO 2013-2015 e le integrazione e le correzioni al PO.

Nell'allegato 2 al PO relativo all'analisi sul personale del ASReM, la Regione dichiara che "dalle preesistenti n.165 Unità Operative Complesse risultanti nell'anno 2009, l'attuale dotazione si è ridimensionata a complessive n. 83 strutture complesse di cui n. 54 ospedaliere e n. 29 non ospedaliere". Inoltre all'azione 14.4.1 "Riordino unità operative", la Regione dichiara che, a seguito della riorganizzazione delle UO ospedaliere, prevede una soppressione di 45 Unità Operative Complesse rispetto alla dotazione dell'anno 2013 (68 UOC); di queste circa 34 subiranno una conversione in unità operative a valenza dipartimentale o unità operative semplici, mentre 10 UOC saranno definitivamente disattivate.

Dai dati forniti dal NSIS con Tab.1G del Conto Annuale, si rileva che la Regione ha previsto per il 2013 un numero di strutture complesse (ospedaliere e non ospedaliere) pari a 103 e strutture semplici pari a 86.

Le strutture complesse da standard, elaborate in base ai posti letto ospedalieri pubblici attivi al 1° gennaio 2013 (851 p.l.), risultano pari a 83, mentre le strutture semplici, riferite alla popolazione residente nella Regione per l'anno 2013 (313.341 ab), risultano pari a 109.

A fini esclusivamente informativi, la Regione ha inviato la DGR 331 del 28/07/2014 che recepisce l'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di aver recepito il Piano nazionale per la malattia diabetica con DGR 9 del 14 gennaio 2014 recante "Accordo, 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 Bolzano sul documento recante Piano per la malattia diabetica" - Rep. Atti n. 233/CSR del 6 dic. 2012. Recepimento."

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	RISPOSTA	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**87,84%**	**0**	**0,0**	
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**100,00%**	**2**	**2,0**	
9	RIA 11	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	**83,33%**	**0**	**0,0**	La percentuale di copertura nel 2013 è inferiore al 95% e si registra un decremento rispetto al 2012 (100%) e rispetto al 2011 (100%).

10	STS.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**98,41%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
14	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%	**100,00%**	**2**	**6,0**	
15	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%	**83,18%**	**0**	**0,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**40,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	**PUNTEGGIO**	**VALUTAZIONE**	**RISULTATO**	**NOTE**
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**99,55%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	

4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**2,00**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**2,00**	**2**	**4,0**	

6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**2,00**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**0,00**	**0**	**0,0**	Il punteggio qualità (pari a 0,0) è la media pesata dei punteggi assegnati a ciascuna ASL della Regione. Le ASL che presentano incongruenze sui dati relativi alla assistenza farmaceutica o all'ADI e che non hanno fornito riscontri alle segnalazioni corrispondono al 100% della popolazione residente della Regione. I due parametri valutati congiuntamente conducono ad una valutazione della qualità pari a insufficiente.

8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**-**	**2**	**2,0**	
9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**2,00**	**2**	**3,0**	

10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**1,94**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,94**	**1**	**1,5**	

12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,94**	**1**	**2,0**	
13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**2,00**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,010%**	**2**	**6,0**	

15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**79,45%**	**0**	**0,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**41,5**	**BUONA**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**40,0 - ADEMPIENTE**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**2**	**41,5 - BUONA**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**peso**	**risultato**	**risultato*peso**	**Note**
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**2**	**4**	
						8	**ADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza.

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	
208	Malattie delle vie biliari senza CC	
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	

228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	

384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (Contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	21%	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	66,7%	7,5
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/ (numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80%	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	100%	15
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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	Non è stata fornita la scheda sui round ripetuti	0

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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore **"**Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 44,4% Anno2012: 46,9% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 53,1%	0
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 7,6% Anno2012: 8,8% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 2,6%	0
U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	<u>Definizione PASSI:</u> Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati <u>Definizione Istat:</u> Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 22,3% Anno 2102: 23,6% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 50,8%	0

U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	6,42%	10
U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 92,5%	0
U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 69,4%	0
U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 62,3%	0
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**62,5**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	18,8	14,7	15,7	13,5	13,6	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	10,4	10,2	8,4	10,5	6,2	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	11,9	9,3	6,5	9,1	6,8	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	**≥ 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 effe+D5:E8+D5:F6ttuati <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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	≥ 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	**≥99,7%**	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	<95%
4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	**≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma**	≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	**attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9**	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte
7	**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**	**>= 98%**	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%
8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	<160 e ≥120	**<120 e ≥50**	< 50

9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre	**< 70% in almeno 2 categorie**
10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**criteri precedenti non soddisfatti**

VALUTAZIONE FINALE: 57/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Numero indicatore	Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità					
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	*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**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.Lgs 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	6	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	***invio oltre i tempi previsti (13 marzo)***	*invio entro i tempi previsti*	**1**	**6**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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***	**2**	**8**	
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	4	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 (relazione non pervenuta)***	*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***	**1**	**4**	
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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (28% pari a 894 controlli su 3177)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	*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 [vedere annotazione]	*< 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"***	**2**	**12**	
9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	***<85% di bovini morti testati per BSE (67,51%)***	*≥ 85% di bovini morti testati per BSE*	**1**	**3**	
10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	

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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	*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 i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**8**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	
13	**CONTROLLO SANITARIO DELLE POPOLAZIONI SUINE - anagrafe:** D.lgs 26/10/2010 n. 200 che stabilisce modalità di identificazione e registrazione suini; **malattia di Aujeszky:** D.M. 1-4-1997 e DM 30 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*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, D.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	*< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	***≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report***	**2**	**12**	
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 OGM negli alimenti - anni 2012-2014	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	***validazione effettuata oltre la scadenza prevista (nessun campionamento)***	*validazione effettuata entro la scadenza prevista*	**1**	**4**	

16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di oprigine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, debitamente compilato	***non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato (5 marzo)***	*inviato, debitamente compilato, entro la data prevista*	% di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte [vedere annotazione]	***numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte (zero audit rendicontati)***	*numero di audit uguale o superiore al 30 % del totale del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte*	**0**	**0**	
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	*< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati*	***≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati***	**2**	**10**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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 annotazione]	*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*	**2**	**12**	
19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	*arrivo dei dati oltre il termine*	***arrivo dei dati entro il termine***	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	***≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale***	**2**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2013 *è stato basato su un riconoscimento condizionato*	***almeno il 98% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	*meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	***almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04***	**2**	**8**	
21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	*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 2013 [vedere annotazione]	*tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013*	***tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013***	**2**	**10**	
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 D.Lgs n. 194 del 19.11.2008; DM 24/01/2011 "modalità tecniche per il versamento delle tariffe e la rendicontazione"	6	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 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	***allegato 3 inviato, corretto e completo***	**2**	**12**	
	TOTALE	**100**								**168**	

SUFFICIENTE punteggio pari al 84% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6

Piemonte

c) Obblighi informativi

Economici

INADEMPIENTE

Alla Regione è stata inviata in data 21 luglio 2014 una e-mail in cui si segnalano

- nel confronto CE-LA:
  - numerose squadrature in merito sia alla mobilità intraregionale che extraregionale
- nel confronto CE-SP:
  - numerose squadrature in relazione agli aggregati previsti
  - la mancata trasmissione dei file relativi agli allegati del modello LA e la loro riconduzione ai singoli livelli di assistenza.

Non avendo avuto riscontro in merito si ritiene la Regione inadempiente.

Statistici

INADEMPIENTE

Si segnala, in via preliminare, che nella verifica adempimenti per l'anno 2012 la Regione Piemonte era risultata adempiente con impegno a risolvere le criticità evidenziate sulla qualità dei flussi informativi STS11/STS24 (assistenza sanitaria residenziale e semiresidenziale) e sulla copertura del flusso informativo SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Per quanto riguarda l'anno 2013, la copertura dei dati risulterebbe complessivamente buona, tuttavia si evidenziano criticità sui seguenti flussi informativi: T1Cbis (personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private) e SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera. Si evidenzia che la copertura della SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera pari al 93,85% per l'anno 2013, risulta in diminuzione rispetto alla copertura per l'anno 2012 pari a 94,64%.

La qualità dei dati risulterebbe complessivamente buona, tuttavia si evidenziano criticità sul flusso informativo T1Cbis (personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private) (vedi tabelle allegate).

La Regione Piemonte ha inviato in data 13 febbraio 2015 una nota nella quale rende noto di stare analizzando le cause delle criticità segnalate, con riferimento in particolare alle strutture ospedaliere che, pur essendo censite nei FIM della Regione, non alimentano a livello nazionale i predetti flussi informativi. Si prende atto della dichiarazione di intenti da parte della Regione; tuttavia, in considerazione del peso attribuito al flusso informativo SDO (peso = 3) e al fatto che Il miglioramento della copertura del flusso SDO costituiva impegno per gli adempimenti 2012, la valutazione complessiva è di inadempienza.

La Regione, inoltre, deve raggiungere un'adeguata copertura del flusso informativo T1Cbis; si chiede di prendere contatto con l'Ufficio di statistica per concordare le modalità operative di integrazione/correzione dei dati laddove necessario.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Piemonte con un punteggio pari a 201 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia delle criticità per gli indicatori 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) e 6.3 Contaminanti negli alimenti di origine vegetale - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla base dati nazionale risulta che, al 1 gennaio 2014, la regione Piemonte ha una dotazione di 17.778 posti letto, pari a 4.01 per 1.000 abitanti, di cui 2.97 per pazienti acuti (13.182 posti letto) e 1.04 per riabilitazione e lungodegenza (4.596 posti letto). La Regione non ha ancora effettuato la validazione del flusso informativo HSP.13 per le Aziende 202 "TO2", 206 "VC" e 211 "CN2" in base dati 2014.

L'offerta dei posti letto regionali per le acuzie mostra un trend in decremento nel confronto con gli anni pregressi e, per il 2013, risulta in linea con lo standard di riferimento; l'offerta regionale per la postacuzie permane in eccesso rispetto allo standard nazionale, pur con un trend in decremento.

In relazione alla tematica, la Regione ha trasmesso diversi provvedimenti, adottati in corso di anno 2013, volti a ricondurre le dotazioni entro lo standard di riferimento. Pertanto, anche in considerazione dell'osservata contrazione di posti letto nel confronto con gli anni precedenti, si valuta positivamente.

La Regione deve provvedere alla validazione del flusso informativo HSP.13 come sopra indicato.

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2011-2012-2013) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 149,12 nel 2011, di 145,7 nel 2012 e di 137,72 nel 2013.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è lievemente eccedente il valore del 25% nel 2011 con un differenziale di 1,6 (26.6%); risulta invece ricompresa entro il 25% nel 2012 (24,9%) e nel 2013 (23,83%).

La Regione non ha trasmesso documentazione in quanto già in linea con gli standard nazionali.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La regione Piemonte con una percentuale pari al 3% di DRG critici inferiore al valore mediano (10%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza.

Si segnalano le criticità per i DRG 059, 060, 062, 245, 426 e 427 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

La Regione ha svolto il monitoraggio ex post. Dai dati pervenuti dal NSIS risulta che i campi Classe di priorità, Data prenotazione, Garanzia tempi di attesa, Prestazioni in primo accesso e Struttura sanitaria erogatrice presentano una valorizzazione inferiore alla soglia prevista (90%).

Non è possibile misurare gli Indicatori previsti (per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecodoppler dei tronchi sovraortici) in quanto non risulta una copertura adeguata (90%) dei campi necessari al calcolo.

H.2 Monitoraggio ex ante

Dai dati pervenuti risulta che la Regione ha svolto il monitoraggio ex ante nei periodi indice anno 2013 ma le percentuali di garanzia sia per la classe B che per la classe D non raggiungono la soglia prevista (90%).

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Dai dati pervenuti risulta raggiunta la percentuale prevista per la corretta compilazione dei campi Data prenotazione e Classe di priorità.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni

Dai dati pervenuti dal NSIS risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

La Regione dichiara di aver fornito indicazioni per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni tramite atti formali.

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.

H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa

La Regione riferisce che "*le regole a tutela dell'equità e della trasparenza sono degli elementi caratterizzanti i Piani Attuativi delle ASR definiti e realizzati in attuazione della DGR 2-2481 del 29/07/2011, riferita all'attuazione dell'Intesa Stato-Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2010-2012. Tutte le ASR hanno definito e realizzato tale intervento all'interno dei loro piani aziendali, tra cui la pubblicazione su sito Web aziendale dei tempi di attesa per le prestazioni soggetto di monitoraggio sia nazionale che regionale (cadenza mensile)*".

La Regione trasmette documentazione aggiuntiva, in particolare la nota 22336/DB2000, contenente alcune considerazioni sulle criticità sopra evidenziate; si prende atto dell'impegno a migliorare la trasmissione dei dati del Monitoraggio ex post ed ex ante ed a elaborare piani di intervento volti alla appropriatezza prescrittiva e riorganizzazione dei punti di erogazione.

In relazione alla criticità relativa al Monitoraggio ex post, come convenuto nella riunione del Comitato Lea del 17 dicembre 2014, è stato chiesto alla Regione di trasmettere le tabelle di transcodifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, laddove il codice della prestazione sia diverso dal codice nazionale del nomenclatore di specialistica ambulatoriale, nonché le tabelle di transcodifica delle strutture sanitarie, laddove la codifica delle stesse sia diversa dalla codifica di riferimento di cui al modello STS11, in modo da consentire la rielaborazione dei dati necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa.

La Regione ha trasmesso nel mese di gennaio 2015 le tabelle di transcodifica richieste. Dopo valutazione e analisi dei dati pervenuti dal competente ufficio della DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, la Regione viene considerata adempiente.

Si rammenta alla Regione di risolvere anche le problematiche relative al Monitoraggio ex ante.

<u>I) Controllo spesa farmaceutica</u>

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

La Regione Piemonte ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 835,5 milioni di euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 11,35% del Fabbisogno sanitario regionale dello -0,88% (-70 milioni di euro). La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 382,3 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del Fabbisogno sanitario regionale del 1,29% (103 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 32,9 milioni di euro.

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

Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.

Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.

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 2013.

Regione: PIEMONTE			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	657.766.027	8,24%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	11.296.486	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	12.885.470	0,16%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	11.629.527	0,15%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	199.393.481	2,50%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	75.145.907	0,94%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	14.175.390	0,18%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	60.970.517	0,76%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	835.523.415	10,47%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	7.978.653.874	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	905.577.215	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-70.053.800	-0,88%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**835.523.415**	**10,47%**
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	633.289.726	7,94%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	48.399.140	0,61%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	6.424.990	0,08%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	7.203.570	0,0903%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	2.243.977	0,03%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	369.624.568	4,63%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	7.978.653.874	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	279.252.886	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	9.451.000	0,12%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	0	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	45.185.841	0,57%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**382.288.867**	**4,79%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	103.035.981	1,29%

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Regione dichiara che non è stato ancora adottato un provvedimento formale che incarichi il responsabile regionale del procedimento di verifica dello stato di attuazione della contabilità analitica, anche se l'adempimento del punto "6) Contabilità analitica" del Programma Operativo è stato inserito come obiettivo 2013 per i direttori delle ASR.

La Regione ha trasmesso la griglia con la quale indica gli obiettivi raggiunti a livello aziendale.

Per quanto riguarda i singoli obiettivi si può affermare quanto segue: risultano raggiunti i primi due obiettivi A1"Coerenza dei centri di costo con la struttura organizzativa" e A2"Coerenza Piano dei Fattori Produttivi con il piano dei centri di costo", nonché l'obiettivo A3"Quadratura CO.GE – CO.AN). La Regione dichiara, inoltre, che sono in corso azioni volte al miglioramento e all'omogeneizzazione dei sistemi di controllo interni aziendali necessari ad un'attività di governo regionale condiviso dalle aziende sanitarie, sottolineando che è in atto lo sviluppo dell'applicativo ARCA (Archivio Regionale centri di costo aziendali) che garantirà una gestione centralizzata dei piani dei centri di costo aziendali. Con l'utilizzo del predetto applicativo sarà possibile lo studio e la

progettazione di un sistema di contabilità analitica a livello regionale ed uniforme per tutte le aziende.
In attesa di verificare lo stato di implementazione dello stato di attuazione della contabilità analitica, si rinvia al Programma Operativo 2013-2015.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso la DGR 3711 del 27 aprile 2012, con allegati i contratti tipo dei Direttori Generali, ai sensi dell'art. 3 comma 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, 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.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre l'85% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

INADEMPIENTE
Per l'anno 2012 la Regione risultava adempiente con impegno ad adeguare le quote di compartecipazione alla previsione del DPCM e risolvere la situazione dei gruppi appartamento per pazienti psichiatrici non accreditati.
Per l'anno 2013 il punteggio totale riportato dalla Regione è di 9 punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale dell'anziano non autosufficiente in cure domiciliari: 0 punti
Offerta assistenziale: 9 punti
Ripartizione degli oneri: 0 punti.

La Regione non raggiunge il punteggio minimo necessario.
Le criticità rilevate sono le stesse evidenziate negli anni passati; inoltre, la Regione non ha adottato uno strumento di valutazione omogeneo per la presa in carico domiciliare del paziente non autosufficiente.
In data 10 novembre 2014 la Regione invia due documenti ad integrazione di quanto già trasmesso: il primo, riguarda modifiche al Questionario circa l'assistenza territoriale ai disabili, il secondo relativo alla adozione di uno strumento di valutazione multidimensionale per l'accesso alle cure domiciliari integrate. Entrambi gli aggiornamenti non consentono di modificare quanto sopra espresso.
Per superare l'impegno per il 2012 e l'inadempienza per il 2013 la Regione deve risolvere la questione dei gruppi appartamento per pazienti psichiatrici non accreditati, allineare le quote di compartecipazione a quanto previsto dal DPCM LEA ed adottare uno strumento di valutazione omogeneo per la presa in carico domiciliare del paziente non autosufficiente.

S.3

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.
Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 251%
Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 79,26%

Esito: Adempiente

Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 7,92

Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1

N. Pic erogate 18.832 Tasso di prese in carico 4,31

CIA Livello 2

N. Pic erogate 7.628 Tasso di prese in carico 1,74

CIA Livello 3

N. Pic erogate 1.520 Tasso di prese in carico 0,35

CIA Livello 4

N. Pic erogate 7.623 Tasso di prese in carico 1,74

Totale PIC erogate 35.603

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 97,44%

Esito: Adempiente.

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 84,76%

Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 5,49

Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		Totale assistiti*
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
24	0,01	11488	2,63	472	0,11	12141	2,78	23218	5,52	387	0,09	416	0,10	799	0,18	23993

* Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione.

La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbero non corrispondere con il valore in Totale assistiti. Infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione, con delibera 55-6670 del 11/11/2013, nelle more della piena operatività delle azioni previste dai Programmi Operativi 2013-2015, con particolare riferimento a quelle finalizzate a migliorare l'appropriatezza della risposta sanitaria, anche attraverso il potenziamento della rete territoriale, compresa l'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria, stabilisce i giorni soglia per i ricoveri di Recupero e Riabilitazione Funzionale di I° e II° livello e di lungodegenza, oltre i quali decorre il relativo abbattimento tariffario, così come si evince dalla Tabella 1, allegata al provvedimento prima citato, di cui è parte integrante e sostanziale, definita in coerenza con quanto previsto dal DM 18/10/2012 in materia di tariffazione delle prestazioni di ricovero.

u) Prevenzione

INADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Piemonte risulta pari a 75, ovvero inferiore al valore soglia fissato per l'adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

Dalla documentazione pervenuta risulta che il sistema di accreditamento dei provider della Regione Piemonte avviene attraverso una piattaforma informatica dedicata, sulla base di requisiti strutturali e funzionali indicati nel manuale di accreditamento approvato con DD 257 del 12/04/2012.

Al 31/12/2013 la Regione ha accreditato n. 60 Provider sia pubblici che privati.

Per quanto concerne la programmazione della formazione sanitaria, ha inviato l'elenco dei macro obiettivi, segnalati ai provider regionali quali linee guida per i Piani di formazione del personale del Servizio Sanitario Regionale.

Inoltre, ha descritto lo stato dell'arte delle attività dell'Osservatorio regionale, di cui si prende atto.

Per quanto concerne il trasferimento dei report da parte dei provider al Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie e all'ente accreditante, la Regione dichiara di aver inviato, con nota di trasmissione n. 11475 del 23/05/2014, i dati relativi al periodo 01/01/2011 - 31/12/2013 secondo il tracciato indicato dal COGEAPS, su apposito CD. A tal proposito si fa presente che l'Accordo Stato/Regioni del 2012 prevede tale invio "per via informatica".

La Regione viene considerata adempiente, con la raccomandazione di adeguarsi alla normativa di cui sopra.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione nel corso del 2013 ha deliberato con DD 525 del 03/07/2013 il documento "Rete interospedaliera per l'emergenza coronarica. Criteri clinico-organizzativi per i trasferimenti secondari urgenti e di rientro tra i centri HUB e SPOKE della rete" e con DD 510 del 01/07/2013 il documento "Rete integrata per l'ictus cerebrale. Costituzione gruppo di lavoro per lo sviluppo della rete di collegamento tra Centri di primo e secondo livello".

Inoltre, con DD 831 del 24/10/2013, ha aggiornato la DD 26 del 22/10/2007 inerente l'individuazione di percorsi appropriati in riabilitazione per disabilità conseguenti a particolari situazioni cliniche.

La Regione ha inviato altra documentazione, già oggetto di precedenti valutazioni, a dimostrazione della presenza di PDTA avviati in campo oncologico e riabilitativo di cui comunque non si ha pieno rincontro riguardo alla presenza di un monitoraggio continuo e strutturato

La Regione dichiara inoltre che con determinazione 60 del 28/01/2013 ha istituito, con decorrenza dal 1 marzo 2013, il registro permanente FAST STEMI, quale osservatorio regionale sul percorso per i pazienti con infarto miocardico acuto e per la valutazione di efficacia ed efficienza della rete interospedaliera per l'emergenza coronarica.

Nulla riferisce del monitoraggio degli altri PDTA attivati.

Al fine di poter esprimere un parere globalmente positivo, si chiede alla Regione di fornire ulteriori elementi informativi circa gli esiti del monitoraggio su tutti i PDTA individuati.

In risposta alle richieste di approfondimento e integrazione la Regione trasmette la nota 22336/DB2000, con la quale informa che sono in via di definizione, avvalendosi del contributo di gruppi di lavoro tecnici, specifici indicatori calcolati utilizzando la banca dati fornita dal flusso SDO e dal flusso C regionale.

Inoltre dichiara che i provvedimenti che convalideranno tali indicatori e i risultati del monitoraggio saranno prontamente trasmessi.

Per quanto sopra riportato, si ritiene di poter esprimere un parere positivo, fermo restando l'acquisizione dell'adozione degli indicatori sopra menzionati e dei primi risultati del monitoraggio su tutti i PDTA individuati.
La Regione viene considerata adempiente con impegno a fornire tutti gli elementi informativi richiesti.

y) LEA aggiuntivi

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR
La Regione dichiara di garantire diversi livelli aggiuntivi, ma non trasmette il provvedimento ricognitivo previsto dal Patto per la salute.
Trasmette, invece, l'Allegato 5 al modello LA, in cui sono riassunte "le evidenze numeriche dei costi".
I costi (ed in parte le prestazioni) indicate nella tabella non coincidono con quelli di cui all'Allegato 5 trasmesso mediante NSIS.
La Regione, inoltre, in ordine alla copertura finanziaria rinvia alla delibera di riparto 2013 del fondo sanitario regionale con specifico finanziamento dei LEA aggiuntivi nonché agli esiti del "Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza", verbale della riunione del 29 luglio 2014. Nel predetto verbale si fa riferimento alla voce contabile AA0090 – "Contributi da Regione (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA". Tale voce è valorizzata per 100 mln di euro.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE
La regione Piemonte conferma quanto noto circa l'avvenuta conclusione dell'iter di accreditamento istituzionale; infatti nei precedenti documenti emergeva che solo una struttura era ancora oggetto di valutazione per problematiche inerenti all'adeguamento della stessa alle prescrizioni che la Regione aveva formulato.
Con DGR 9-6021 del 28 giugno 2013 è stata recepita l'Intesa del 20 dicembre 2012.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE
La Regione ha compilato la scheda riportata nel Questionario, indicando la normativa regionale emanata in materia di sperimentazioni ed innovazioni gestionali (LR n. 1 del 31/01/2012). Al 31 dicembre 2013 risultano presenti due sperimentazioni gestionali in Regione, il "Centro Ortopedico di Quadrante – COQ – S.p.A.", quale sperimentazione conclusa e la "Società Assistenza Acuzie e Postacuzie – SAAPA S.p.A." quale sperimentazione in corso.
Con riferimento alla società COQ il provvedimento regionale conseguente alla conclusione (DGR 69-5191 del 28/12/2012) ha autorizzato la trasformazione in gestione ordinaria del programma di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis D.lgs 502/92 e s.m.i. per la gestione del presidio ospedaliero "Madonna del Popolo" di Omegna.
In seguito alla richiesta di chiarimenti, la Regione ha inviato una nota nel quale riporta gli eventi che si sono manifestati durante tale processo. Si prende atto di quanto dichiarato e si resta in attesa di aggiornamenti.
Per entrambe le sperimentazioni gestionali la Regione ha allegato le relazioni annuali di verifica e compilato la relativa tabella.

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. Con riferimento al service di laboratorio durante la verifica dell'anno 2012 aveva specificato che le indicazioni sul service di laboratorio sono contenute nel Regolamento regionale n. 1 del 09/01/1997. Inoltre, ha risposto a tutti i quesiti relativi alla medicina di laboratorio.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

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, 72.154 controlli, pari al 12% circa del totale mentre effettua per le strutture private accreditate 16.714 controlli, pari al 13% circa. Delle cartelle controllate non sono state confermate il 33% delle cartelle cliniche per le strutture pubbliche ed il 28% per le strutture private accreditate.

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 segnalano i dati discordanti, riportati nella Tabella 1 e 2, del numero di cartelle cliniche totali delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate.

Per quanto riguarda i risultati dei controlli, sia in Tabella 1 che in Tabella 2, non risultavano gli abbattimenti tariffari per alcune strutture pubbliche e private accreditate. A tal motivo, sono stati richiesti i dati definitivi circa le misure adottate e il report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche (rif. art. 3 comma 2 del DM 10 dicembre 2009) intraprese nel corso del 2013.

La regione Piemonte in ottemperanza a quanto richiesto ha trasmesso le Tabelle 1 e 2 opportunamente aggiornate. Si segnala che la soglia del 10% dei controlli casuali (Tabella 1) non è raggiunta da alcune strutture private.

Per quanto concerne l'impatto economico dei controlli sanitari la Regione precisa che sono in corso di verifica, anche in considerazione dei ricorsi delle strutture erogatrici, le proposte di abbattimento proposte dalle ASL.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE

La Regione ha certificato il dato della spesa protesica anno 2012, giustificando i motivi della non coerenza con i dati del modello LA.

Persistono errori di classificazione tra l'assistenza integrativa e la protesica. In seguito alla richiesta di chiarimenti circa la contabilizzazione relativa al costo rilevato dalle ASL in merito alla fornitura di dispositivi monouso di cui all'Elenco 2 ex DM 332/1999, che la Regione dichiara di inserire nella voce L20500 anziché nella voce L20700, contrariamente a come andrebbe correttamente eseguito a livello contabile, la Regione risponde esaustivamente.

Si ritiene la Regione adempiente, nell'ottica di un miglioramento relativamente alla contabilizzazione dell'assistenza in oggetto e alla luce delle spiegazioni fornite.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

In sede di prima valutazione la Regione era stata considerata adempiente con impegno a provvedere, nell'ambito della rete di terapia del dolore, all'identificazione dei centri Hub e Spoke e delle relative prestazioni erogate.

Successivamente, la Regione ha trasmesso integrazioni documentali a riguardo, che a disamina effettuata si considerano esaustive nel merito.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2013 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di completezza per ASL

Disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento: SI
Esito: Adempiente

N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 12/13 (92%)
Esito: Adempiente.

AO.3

ADEMPIENTE

In sede di prima valutazione era stato chiesto alla Regione di fornire documentazione a supporto degli adempimenti evidenziati nella tabella in oggetto.

Ciò premesso, è stata esaminata la documentazione integrativa trasmessa; la stessa appare atta a documentare, con ricchezza di dettagli, le modalità di funzionamento del percorso diagnostico terapeutico di cui si tratta, le correlazioni funzionali esistenti tra i diversi erogatori e gli ambiti di competenza e responsabilità dei livelli organizzativi interessati.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

Gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl hanno consentito nel 2013 la dimissione di 18 (su 33) 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 con la DGR 5-12654 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 presso la C.C. Lorusso e Cutugno una Sezione di Osservazione Psichiatrica di diagnosi e trattamento "Il Sestante" che è in carico al Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL TO2, così come previsto dall'accordo "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'allegato C del DPCM 1 aprile 2008" del 13/10/2011.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha effettuato il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni, compilando la tabella relativa al punto in questione dalla quale emerge che sono rispettati i requisiti richiesti dal momento che la Regione dichiara che delle 15 Raccomandazioni del Ministero ne sono state implementate 11 con un livello superiore a 70%.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la tabella relativa al punto dalla quale emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni sono 24 su 37, rappresentando il 64,86% e superando in tal modo il valore del 60% richiesto.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione ha trasmesso la DGR 25 del 31/12/2013 con cui è approvato il Programma Operativo 2013-2015 che al punto 8.4 prevede un intervento per la formazione sulla sicurezza dei pazienti.

La documentazione fornita dalla Regione non risulta esaustiva dal momento che nel Questionario viene fatta specifica richiesta dell'elenco dei corsi attivati dalla Regione nel corso del 2013.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Check list di chirurgia; dall'indagine è emerso che 250 UO chirurgiche regionali su 261 utilizzano la Check list, raggiungendo la percentuale del 75% richiesta.

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione ha trasmesso la nota con cui è stata inoltrata la richiesta alle Aziende sanitarie regionali circa la raccolta delle informazioni sulla implementazione delle raccomandazioni del Ministero, tuttavia non è stato inviato un report.

AS.6 Prevenzione delle cadute

La Regione ha trasmesso la DGR 45 del 27/01/2014 con cui vengono approvate le Linee di indirizzo per la prevenzione delle cadute.

AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione anche per questo punto fa riferimento alla DGR 25/2013 con cui viene approvato il Piano Operativo 2013-15, e indica il Programma 18 quale specifica attività per il monitoraggio degli eventi sentinella. Con la DGR 98/2014 vengono individuati i componenti del gruppo regionale di Rischio clinico.

Tuttavia, dal momento che è stata trasmessa la bozza di una delibera, è necessario evidenziare che tale atto, quale che sia il suo contenuto, non può in alcun modo essere considerato un documento ufficiale.

Per quanto sopra esposto la Regione risulta adempiente per i punti valutativi.

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione ha fornito gli indicatori richiesti.

aab) Sistema Informativo assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 35,31%

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 51,45%

Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.
Esito: Inadempiente

La Regione fornisce tuttavia documentazione integrativa, che consente di ritenere superate le criticità.

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012: 123%
Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: --
Il codice 99 non noto/non risulta è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.
Esito: Inadempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 254

Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,3.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La relazione predisposta dalla Regione descrive adeguatamente le attività già poste in essere per la realizzazione del FSE, affrontando tutti i punti riportati nelle Note per la compilazione. La Regione inoltre indica dettagliatamente la programmazione puntuale degli interventi adeguativi o integrativi previste per il biennio 2014-2015.

Nella relazione non è riportata nessuna quantificazione relativa a numero di utenti attivi, numero di MMP/PLS attivi, volume di referti presenti nel FSE.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

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 (Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010)

1.1 La Regione ha effettuato la maggior parte delle visite di verifica istituzionali finalizzate alla autorizzazione e accreditamento dei servizi trasfusionali.

1.2 Sono state effettuate le visite di verifica alla Unità di Raccolta FIDAS ADSP ONLUS.

1.3 Sono state effettuate le procedure di congelamento.

AAE.2 Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali (Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011)

2.1 La partecipazione alle attività della SRC di professionisti in medicina trasfusionale di Associazioni e Federazioni, Direzioni di aziende sanitarie/enti con i ST dei servizi regionali della politica del farmaco e della sanità pubblica è garantita attraverso la Commissione Regionale Sangue di cui fa parte anche la SRC.

2.2 Le attività dei COBUS sono rendicontate nell'ambito della relazione annuale della SRC, che è di solito prodotta nel secondo semestre dell'anno successivo a quello di competenza. L'ultimo resoconto consolidato fornito dalla SRC è relativo alle riunioni effettuate nel 2012.

AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012)

3.1 Sono stati autorizzati un corso AVIS Asti e corsi e-learning a valenza nazionale.

3.2 E' in corso il trasferimento delle attività di validazione e produzione del quadrante di Torino verso il Centro produzione e validazione emocomponenti (CPVE) di Torino e del quadrante di Novara, Biella, Vercelli e Verbano Cusio Ossola verso il CPVE di Borgomanero in fase di attivazione. La Regione sta pianificando con il quadrante di Cuneo le attività di concentrazione delle attività di validazione presso il SIMT di Cuneo e di produzione presso il SiMT di Savigliano come da progetto presentato dalle ASR.

AAE.4 Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) (Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013)

4.1 L'accordo è stato recepito con DRG 17-316 del 15 settembre 2014.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione Piemonte risultava nella verifica 2012 adempiente con impegno ad inviare una serie di informazioni/documentazione; in particolare:

- la Regione doveva precisare la durata della valutazione relativa all'andamento del numero di parti del PN di Borgosesia e se, nella fase di valutazione, venissero garantiti i requisiti previsti dall'Accordo 16/12/2010;
- la Regione doveva specificare se, nelle more della valutazione sulla possibilità di garantire assistenza mediante STAM nel punto nascita di Susa, venissero garantiti i requisiti previsti dall'Accordo 16/12/2010; La Regione dovrà inviare gli esiti della definizione del protocollo STAM e il relativo cronoprogramma;
- la Regione doveva 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;
- la Regione doveva fornire informazioni in merito alla tempistica di realizzazione della partoanalgesia nei PN; la Regione dovrà 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.

In merito alla valutazione 2013, si chiedeva alla Regione di effettuare una verifica tra il numero di PN con parti < 500/anno dichiarati nella tabella relativa all'attuazione dell'Accordo (PN=4) e le tabelle relative agli standard e requisiti richiesti inviate (1 PN-Ospedale di Susa), poiché si evidenziava una netta incongruenza.

La Regione trasmette nel mese di febbraio 2015 documentazione integrativa, dalla quale si evince che sono stati chiusi 3 Punti nascita (Carmagnola, Cuorniè e Bra) e accorpati 2 Punti nascita (Tortona e Acqui Terme a Novi Ligure), per il Punto nascita di Domodossola è intervenuta una sentenza del Consiglio di Stato in funzione della chiusura già programmata, mentre per i Punti nascita di Susa e Borgosesia è ancora in fase di valutazione la disattivazione. Per questi ultimi 2 punti nascita, tuttavia sia la nota della Regione che l'allegata documentazione, non permettono di evincere la durata della fase di valutazione, né soprattutto, se, durante tale monitoraggio, vengano garantiti i requisiti organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dall'Accordo del 2010.

Relativamente all'attivazione del Sistema di trasporto in emergenza della madre, si prende atto di quanto dichiarato dalla Regione: in relazione al protocollo STAM si precisa che è in fase di sperimentazione dal punto di vista operativo e verrà recepito e integrato con i protocolli clinici come documento regionale al termine della sperimentazione. I protocolli clinici in fase di definizione sono: "emorragie del secondo e terzo trimestre; trasferimento per la pre-eclampsia e parto imminente e rottura prematura delle membrane; tuttavia non viene precisata la tempistica della messa a regime dello STAM, tenendo conto che in precedenti documenti, veniva dichiarato di dover accertare la possibilità di garantire un'assistenza sanitaria adeguata mediante la STAM per il punto nascita di Susa.

Appaiono esaustive le informazioni relative all'implementazione delle Linee guida su gravidanza fisiologica e taglio cesareo e alla Raccomandazione sulla morte materna, così come quelle inerenti le attività formative sulla tematica del percorso nascita. Anche le indicazioni sui Punti Nascita che offrono parto analgesia permettono di rilevare una distribuzione omogenea nel territorio regionale che copre tutte le aree. Tutto ciò premesso, la Regione viene considerata adempiente con impegno ad inviare le informazioni relative a: durata della fase di valutazione dei PN di Susa e Borgosesia, presenza in tali PN dei requisiti e standard organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dall'Accordo del 2010, tempistica della chiusura del PN di Domodossola, tempistica della messa a regime dello STAM.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE

La Regione, nel 2013, ha ridefinito l'assetto del sistema di Emergenza-Urgenza adottando provvedimenti formali relativi sia alla componente ospedaliera che a quella territoriale.

Pertanto l'attuale assetto della rete dell'Emergenza ospedaliera, articolata su 13 ASL, 1 azienda ospedaliero universitaria (città della salute), 5 Az. Ospedaliere e un presidio (Gradenigo), è costituito da un totale di 24 DEA di I livello, 8 DEA di II livello, 11 PS h24, 3 PPS h24 e 1 PPS h12.

A livello territoriale sono state riorganizzate le Centrali Operative che da 8 sono passate a 4 e il servizio di elisoccorso, mentre per quanto riguarda le postazioni territoriali sono ancora in corso le verifiche di soluzioni ottimali in conseguenza della riorganizzazione degli ospedali.

Nell'anno 2013 per favorire l'integrazione tra ospedale e territorio è stato realizzato un progetto di collegamento informatico tra le CO 118 e i PS per rendere ottimale il flusso dei pazienti, con esito positivo sul fenomeno del sovraffollamento del PS.

La funzione di coordinamento operativo è garantita dal dipartimento interaziendale 118 ed il coordinamento regionale delle attività, ospedaliere e territoriali dal servizio unico regionale "organizzazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali".

Per quanto riguarda la Continuità assistenziale, il processo avviato con l'istituzione del numero unico regionale per le chiamate di guardia medica, che prevedeva la revisione della rete delle postazioni e l'integrazione funzionale con le CO 118 e le Aziende sanitarie, non è stato completato.

In riferimento all'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, pur in assenza del recepimento formale, è stato avviato un progetto sperimentale per l'area metropolitana di Torino che prevede la centralizzazione delle chiamate di Continuità assistenziale e la condivisione delle tecnologie con il sistema emergenza-urgenza (mantenendo distinto l'accesso della numerazione del 118 da quella della CA).

In riferimento alle reti ad alta complessità tempo dipendenti, la Regione ha fornito i riferimenti degli atti formali che hanno istituito la rete ictus, cardiologica e trauma.

Per il monitoraggio della rete IMA, è stato predisposto il registro permanente FAST STEMI e sono stati definiti i criteri clinico-organizzativi per i trasferimenti urgenti e di rientro tra centri Hub e Spoke; relativamente alla rete dell'ictus cerebrale è stata identificata una griglia di indicatori per il monitoraggio dell'attività.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 102,61%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con ASL e comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 100,00%

Esito: Adempiente

Numero accessi in PS per 1000 residenti: 411,28

Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:

N. Accessi EMUR PS per triage all'accesso

B 296.703 V 1.260.691 G 224.428 R 17.146 Totale 1.798.968

N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso

B 240.461 V 1.390.450 G 156.543 R 10.327 N 1.187 Totale 1.798.968

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 110,70%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/ totale record campi data-ora: 100,00%

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/ totale record campi data-ora: 96,72%

Esito: Adempiente.

AAG.3

ADEMPIENTE

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 18 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21).

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

Riguardo l'adozione di atti formali di programmazione la Regione con la DGR 25-6992/2013 demanda all'aggiornamento degli AIR l'istituzione di nuove delle nuove forme organizzative della Medicina Generale nelle tipologie UCCP e AFT previste dalla legge n.189/2012 sebbene attualmente nella realtà piemontese esistono le equipe territoriali riconducibili alle AFT ed i Centri di Assistenza Primaria riconducibili alle UCCP. Sono state attivate 269 equipe/AFT delle quali 37 costituite da Pediatri di Libera Scelta (PLS) e 232 da Medici di Medicina Generale (MMG). Tali forme associative condividono obiettivi, percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida nonché la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico. A tale proposito la Regione garantisce a tutti i MMG la possibilità di adempiere ai compiti connessi alla ricetta elettronica usufruendo dello specifico servizio del sistema informativo sanitario regionale. Relativamente ai modelli organizzativi per l'assistenza primaria dalla relazione fatta pervenire si evince che alla data 31 dicembre 2013 risultano attive n. 6 CAP, uno per ogni area territoriale di coordinamento. Tra le attività erogate da tali strutture figura l'Assistenza Primaria (MMG e PLS), la Continuità Assistenziale (ex Guardia medica), l'attività specialistica ambulatoriale (MSA), la diagnostica per immagini e tutte le prestazioni sanitarie programmate a favore di pazienti fragili che non richiedono ricorso all'ospedale. Ogni CAP si avvale di una piattaforma informatica al fine di garantire la continuità delle cure attraverso la condivisione delle informazioni clinico-assistenziali sul paziente fra i medici che vi operano, gli studi MMG/PLS esistenti sul territorio e le strutture di riferimento dell'Azienda (distretto, ospedale, rete emergenza/urgenza).

Riguardo l'adozione di atti formali di istituzione di nuove forme organizzative della Medicina Generale quali le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) previste dalla Legge 189/2012, la regione Piemonte con il documento avente per oggetto "Integrazioni alla DGR 1-600 del 19 novembre 2014 - DGR 1-924 del 23 gennaio 2015" fornisce indicazioni sulla tempistica relativa alla:

- definizione dell'articolazione della rete territoriale, prevista entro il primo semestre dell'anno 2015

- definizione di dettaglio del processo di riqualificazione dei P.O. da convertire in strutture territoriali da effettuarsi entro il 31 luglio 2015.

Non fornisce tuttavia ulteriori elementi di approfondimento rispetto a quanto già in precedenza comunicato su tali modelli organizzativi. Infatti la DGR 1-600 del 19 novembre 2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la salute 2014-2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale" fa riferimento ad alcune indicazioni di carattere generale finalizzate al perseguimento di "potenziamento della rete territoriale" concomitante alla riorganizzazione della rete ospedaliera cui la Regione è impegnata.
La documentazione fornita indica le date entro le quali sarà definita l'articolazione della rete territoriale senza alcun riferimento di dettaglio alle azioni che saranno messe in atto per il "processo di sviluppo e potenziamento dell'assistenza territoriale" con particolare riferimento all'istituzione delle UCCP e delle AFT come previsto sia dalla Legge 189/2012 che dal Patto della Salute 2014-2016. Pertanto si rimane in attesa degli ulteriori sviluppi.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE
La regione Piemonte ha inviato la DD 831/2013 che individua i percorsi in riabilitazione per disabilità conseguenti a particolari situazioni cliniche, che aggiorna la DD 26/2007 che istituiva il gruppo di lavoro per la definizione di strategie nell'attuazione degli obiettivi nel settore della riabilitazione. La Regione non effettua il monitoraggio dei percorsi individuati.
La Regione presenta per l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2013 una variazione positiva percentuale al di sotto del valore medio nazionale e conferma un trend positivo nel triennio 2011-2012-2013.
Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza la Regione presenta un posizionamento negativo rispetto al valore Italia e un trend in miglioramento rispetto al 2012 (vedi tabella allegata).

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE
La Regione risulta sufficiente per 5 item su 5.
Per gli indicatori di performance si riscontra in particolare un livello di attività insoddisfacente per la percentuale dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione nonché per la ricerca dei residui fitosanitari.
Per i flussi informativi veterinari la Regione ha conseguito un buon livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (sufficiente con un punteggio pari al 94,5% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili (vedi tabelle allegate).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
Stante quanto risulta dal valore assunto dall'indicatore calcolato dalla Regione "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale / totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini", le strutture che hanno attivato servizi di refertazione digitale costituiscono il 95,8% delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

ADEMPIENTE

La Regione Piemonte 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 4 anni. Benché la Regione abbia ancora margini di miglioramento nella regolazione della propria spesa farmaceutica rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 14,85% del FSR (16,02% nel 2013, rispetto alla somma dei tetti 11,85% + 3,5%), ha raggiunto ottimi risultati sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale nella quale è riuscita a mantenere la spesa all'interno del tetto del 11,35%, mentre ha fatto registrare una spesa farmaceutica ospedaliera ancora molto elevata.

La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica allegata al Questionario.

La Regione dichiara che la riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale, nel corso degli ultimi anni al di sotto dei tetti prefissati, è dovuta principalmente al raggiungimento degli obiettivi di controllo e monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e alla ridefinizione degli oneri della Distribuzione Per Conto. Da notare come nel corso del 2013 la spesa farmaceutica territoriale sia stata leggermente più elevata rispetto alla stessa nel 2012, pur rimanendo all'interno del tetto del 11,35%; la regione Piemonte ha fornito una valutazione dell'impatto economico derivante dall'applicazione delle azioni intraprese con il PO 2013-2015, solo cumulativa e attesa nel 2015.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la Regione evidenzia un'inversione del trend dell'incidenza della spesa sul FSR. Nel corso del 2012 ha fatto registrare una spesa farmaceutica ospedaliera oltre i 450 mln di €, sostanzialmente ridotta nel 2013 (di poco superiore ai 380 mln di euro), grazie ai numerosi atti regionali con effetti organizzativi e di contenimento della stessa emanati in questo ambito assistenziale, contenuti all'interno del PO 2013-2015, ma di cui la Regione non fornisce una valutazione dettagliata dell'impatto economico derivante dall'applicazione degli stessi.

La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale, non specificando il numero di aggiornamenti nel 2013, trasmesso all'AIFA come previsto.

Infine, la regione Piemonte ha garantito un accesso rapido 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 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i. Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 91% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009. Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 91% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

ADEMPIENTE

La Regione Piemonte ha inviato la DGR 21 del 28/12/2012 recante "Approvazione principi e criteri per l'organizzazione delle aziende Sanitarie Regionali e applicazione parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse ex art. 112 comma 1 lett. b) Patto per la salute 2010-12" integrata e modificata con la DGR 16 del 30/09/2013.

La Regione aveva previsto con la DGR 6-5519 del 14/03/13 n. 716 strutture complesse pari a una struttura ogni 17,5 p.l. e individuato n. 639 strutture semplici, corrispondenti al rapporto tra UOC e UOS di 0.9 (inferiore allo standard 1.31) .

Dai dati forniti dal NSIS con Tab.1G del Conto Annuale si rileva che la Regione ha previsto per il 2013 un numero di strutture complesse (ospedaliere e non ospedaliere) pari a 1131 e strutture semplici pari a 1630.

Dal calcolo delle strutture complesse da standard, elaborate in base ai posti letto ospedalieri pubblici attivi al 1 gennaio 2013 (13.036 p.l.), esse risultano pari a 1069, mentre le strutture semplici, riferite alla popolazione residente nella Regione per l'anno 2013 (4.374.052 ab.), risultano pari a 1400.

Inoltre la Regione con la DGR 576 del 20/05/2014 ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013 relativo a "Elenco nazionale dei Direttori di struttura complessa ai fini della composizione delle Commissioni di valutazione per il conferimento degli incarichi di struttura complessa per i profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario".

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di aver recepito il Piano nazionale per la malattia diabetica con DGR 25-6992 del 30/12/2013 recante "Approvazione programmi operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art.15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito con modificazioni in legge n. 135/2012 - Programma 13 Reti assistenziali per intensità di cure".

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	RISPOSTA	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**98,66%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**66,67%**	**0**	**0,0**	

9	RIA 11	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	**100,00%**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**99,58%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
14	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%	**93,85%**	**0**	**0,0**	
15	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%	**97,11%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**42,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	PUNTEGGIO	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**99,64%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**1,96**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	

4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**1,98**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**2,00**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**1,89**	**2**	**1,0**	

7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**1,95**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**0,00**	**0**	**0,0**	La Regione non raggiunge la copertura del 95% pertanto anche la qualità è valutata insufficiente.
9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**2,00**	**2**	**3,0**	

10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**1,81**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,96**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,99**	**2**	**4,0**	

13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**2,00**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,007%**	**2**	**6,0**	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**96,37%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**48,0**	**BUONA**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1			**Obblighi informativi e Indicatori**	**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**42,0 - ADEMPIENTE**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**2**	**48,0 - BUONA**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1			**Obblighi informativi e Indicatori**	**peso**	**risultato**	**risultato*peso**	**Note**
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**2**	**4**	
						8	**ADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza.

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	
208	Malattie delle vie biliari senza CC	

227	Interventi sui tessuti molli senza CC	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	

377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (Contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	6%	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	81,3%	15
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/ (numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80%	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	100%	15
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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	U.3: 29,4% Indicatore Griglia LEA: 47% % missing: 7%	5 (**punteggio definito ex novo in base ad una revisione migliorativa del range di scostamento)**

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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore **"**Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 35,4% Anno2012: 38,8% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 44%	0
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 9,8% Anno2012: 11,6% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 5,3%	0
U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	<u>Definizione PASSI:</u> Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati <u>Definizione Istat:</u> Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 31,2% Anno 2102: 27,4% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 29,8%	0

U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	5,29%	10
U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 92,7%	0
U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 88,6%	0
U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 41,7%	0
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**75**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	9,9	14,7	9,9	13,5	9,7	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	4,7	10,2	6,0	10,5	5,8	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	9,9	9,3	9,9	9,1	8,4	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	**≥ 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 effe+D5:E8+D5:F6ttuati <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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	**≥ 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	**≥99,7%**	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	<95%
4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	**≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma**	≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	**attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie**	attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte
7	**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**	**>= 98%**	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%
8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	<160 e ≥120	**<120 e ≥50**	< 50

9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre	**< 70% in almeno 2 categorie**
10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 72/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Numero indicatore	Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità					
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	*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**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.Lgs 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	6	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	***invio oltre i tempi previsti (21 giugno)***	*invio entro i tempi previsti*	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	**1**	**6**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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***	**2**	**8**	
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	4	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***	**2**	**8**	

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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (3722 controlli su 20207)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	*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 [vedere annotazione]	*< 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"***	**2**	**12**	
9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	*<85% di bovini morti testati per BSE*	***≥ 85% di bovini morti testati per BSE***	**2**	**6**	

10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	
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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	*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 i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**8**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	

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 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*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, D.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	*< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	***≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report***	**2**	**12**	
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	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	***validazione effettuata entro la scadenza prevista***	**2**	**8**	
16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, 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 annotazione]	*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***	**2**	**10**	

17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	*< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati*	***≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati***	**2**	**10**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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 annotazione]	*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***	**2**	**12**	
19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	*arrivo dei dati oltre il termine*	***arrivo dei dati entro il termine***	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	***≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale***	**2**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2013 *è stato basato su un riconoscimento condizionato*	***almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	*meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	***almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04***	**2**	**8**	
21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	*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 2013 [vedere annotazione]	*tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013*	***tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013***	**2**	**10**	
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"	6	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 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	***allegato 3 inviato, corretto e completo***	**2**	**12**	
	TOTALE	**100**								**189**	

SUFFICIENTE punteggio pari al 94,5% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli previsti dall'adempimento in oggetto, nonché il dettaglio degli allegati 5 e 6 del modello LA e la relativa riconduzione ai singoli livelli di assistenza. Inoltre la Regione fornisce dettagliate spiegazioni relativamente alle rilevate squadrature CE-LA. Si raccomanda per gli anni successivi il superamento delle criticità in merito alla diversa contabilizzazione delle voci "R" tra modello LA e modello CE.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La copertura dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sui flussi informativi HSP24 (nido, nati immaturi) e T1Cbis (personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private).

La qualità dei dati risulta buona, pur in presenza di criticità sui flussi informativi HSP12 (posti letto per disciplina nelle strutture di ricovero pubbliche e equiparate), STS21 (assistenza specialistica territoriale) e T1Cbis (vedi tabelle allegate).

E' stato chiesto alla Regione di integrare la banca dati NSIS e di eliminare le criticità nei flussi informativi HSP12, HSP24, STS21 e T1Cbis.

I riscontri forniti dalla Regione Puglia in relazione a quanto sopra riportato, sono tali da poter considerare superate le criticità sul flusso informativo T1Cbis. La Regione ha infatti integrato tale rilevazione dati, giungendo alla soglia per l'adempienza, corrispondente al 95%.

Permangono invece le criticità già segnalate relativamente ai flussi informativi HSP24, HSP12 e STS21.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a migliorare la qualità delle informazioni rilevate dai flussi informativi HSP24, HSP12 e STS21 (D.M. 5 dicembre 2006 – Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie).

e) Erogazione LEA

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La regione Puglia con un punteggio pari a 134 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente con impegno". Si segnalano delle criticità per gli indicatori 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), 2 Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (già rilevata nel 2012), 5.2 Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina (già rilevata nel 2012), 6.3 Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti e 14 Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti. Considerando che la Regione è sottoposta al Piano di Rientro si rinvia agli obiettivi stabiliti dal Piano stesso.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2014, la Regione Puglia ha una dotazione conosciuta di 12.984 posti letto, pari a 3,17 per 1.000 abitanti, di cui 2,81 per pazienti acuti (11.505 posti letto)

e 0,36 per riabilitazione e lungodegenza (1.479 posti letto). Si segnala che non è stato inviato il modello HSP.12 per la struttura 160902 "IRCCS SAVERIO DE BELLIS" in base dati 2014. 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. La Regione deve sanare le criticità presenti in Base Dati nazionale.

F.2
ADEMPIENTE CON IMPEGNO
In sede di prima valutazione, la Regione non risultava aver trasmesso provvedimenti utili al raggiungimento dei nuovi standard previsti dalla L. 135/2012, pertanto non era stato possibile completare l'istruttoria per la verifica del superamento dell'inadempienza 2012 e degli adempimenti 2013.
Successivamente, la Regione ha trasmesso la DGR 1202/2014, inerente il potenziamento del day service regionale; si ritiene che tale intervento di programmazione strategica consenta di ritenere superata la criticità scaturente dalla verifica 2012.
In riferimento alla verifica 2013, considerata l'entità del decremento mostrato dai valori di ospedalizzazione totale nel triennio di riferimento, la Regione è considerata adempiente con impegno ad adottare le ulteriori misure di riorganizzazione atte a superare tale criticità.

g) Appropriatezza

INADEMPIENTE
La Regione Puglia con una percentuale pari al 31,2% di DRG critici superiore al terzo quartile (18%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'inadempienza.
Si segnalano criticità per i DRG 006, 019, 038, 039, 040, 047, 073, 131,139, 142, 184, 187, 189, 251, 252, 254, 266, 270, 283, 284, 301, 324, 339, 340, 364, 369, 381, 396, 399, 409, 412 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE
H.1 Monitoraggio ex post
La Regione ha svolto il monitoraggio ex post. Dai dati pervenuti da NSIS si evidenzia che i campi Classe di priorità e Struttura sanitaria erogatrice presentano una valorizzazione molto al di sotto della soglia prevista (90%).
Non è possibile misurare gli Indicatori previsti per la valutazione (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecodoppler dei tronchi sovraortici) in quanto non risulta una qualità = > 90% dei campi necessari al calcolo.
H.2 Monitoraggio ex ante
Dai dati pervenuti risulta che la Regione ha svolto il monitoraggio ex ante nei periodi indice anno 2013 ma le percentuali di garanzia sia per la classe B che per la classe D non raggiungono la soglia prevista (90%).
H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero
Dai dati pervenuti risulta raggiunta la percentuale prevista per la corretta compilazione dei Campi Data prenotazione e Classe di priorità.
H.4 Monitoraggio delle sospensioni
Dai dati presenti nel NSIS risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni, ma non si trova riscontro sugli interventi per sopperire ai disagi causati dalle sospensioni stesse.
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.

H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa
La documentazione trasmessa consente di valutare positivamente il punto in questione.

La Regione ha trasmesso, inoltre, la DGR 479 del 18/03/2014 sul Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) - approvazione delle linee guida per la prescrizione e prenotazione secondo criteri di priorità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali; si apprezzano i contenuti del documento che esplicita in modo inequivocabile le modalità di prescrizione nonché l'elenco delle prestazioni con accesso di priorità clinica.
In seguito alla rivalutazione dei dati relativi al Monitoraggio ex post, la Regione è considerata adempiente. Comunque, si suggerisce alla Regione di provvedere alla piena risoluzione delle criticità riscontrate soprattutto per il Monitoraggio ex ante anche tramite appositi interventi da collocare tra le iniziative del Piano Operativo.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA
La Regione Puglia ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 903,5 milioni di euro, corrispondente ad un disavanzo rispetto al tetto del 11,35% del Fabbisogno sanitario regionale dello 1,38% (98,1 milioni di euro). La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 365,7 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del Fabbisogno sanitario regionale del 1,65% (117,4 milioni di euro).
La Regione Puglia evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 215,5 mln di euro.
La Regione evidenzia sia il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale che il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.
Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.
Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.
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 2013.

Regione: PUGLIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	667.389.493	9,40%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	11.257.962	0,16%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	13.898.955	0,20%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	11.697.354	0,16%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	223.983.252	3,16%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	122.139.096	1,72%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	52.629.388	0,74%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	69.509.708	0,98%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	907.147.862	12,78%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	7.096.536.428	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	805.456.885	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	101.690.977	1,43%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		193,2%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	3.566.251	0,05%
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**903.581.611**	**12,73%**
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	624.636.510	8,80%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	31.551.363	0,44%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	5.868.278	0,08%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	784.378	0,0111%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	1.941.486	0,03%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	360.507.753	5,08%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	7.096.536.428	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	248.378.775	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	1.495.000	0,02%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	25.244.000	0,36%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	53.047.827	0,75%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**365.750.289**	**5,15%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	117.371.514	1,65%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione ha provveduto alla nomina del responsabile del procedimento di attuazione della contabilità analitica con DGR 1984 del 22/10/2013.

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. Si evidenzia però è stata inviata la griglia con gli obiettivi richiesti per la verifica ed il monitoraggio dello stato di implementazione della contabilità analitica, da cui si evince che la Regione ha raggiunto quanto richiesto per l'anno 2013, anche se l'ASL di Taranto, per l'obiettivo A4 "Capacità di quantificare gli scambi interni e ribaltamento dei costi" unitamente all'obiettivo B2 "Capacità di quantificare attività territoriale svolta in ospedali", non risulta aver adottato a regime la nuova procedura CO.AN. Inoltre, la Regione dichiara che per i due obiettivi sopra citati le aziende hanno riscontrato difficoltà nella corretta determinazione dei costi ai fini della compilazione del

modello. Si attende di verificare lo stato di attuazione della CO.AN secondo quanto previsto dal Programmo Operativo.
Il 16 febbraio 2015 la Regione ha trasmesso la DGR 2427/2014 che prevede la realizzazione di un sistema informativo amministrativo contabile centralizzato per la Regione e le aziende sanitarie pubbliche, che consentirà un monitoraggio di tutte le informazioni contabili e gestionali delle aziende anche in materia di contabilità analitica. Inoltre in attuazione del Piano operativo 2013-2015 sono in corso una serie di azioni volte all'implementazione della stessa. E' prevista infine l'istituzione di un gruppo di lavoro per la predisposizione di linea guida finalizzate alla raccolta e l'elaborazione dei dati.
Alla luce del fatto che per il 2013 la Regione ha realizzato una serie di interventi sia a livello informativo che amministrativo per il superamento di criticità ancora persistenti a livello aziendale per la piena attuazione degli obiettivi previsti nell'ambito della contabilità analitica, la Regione viene considerata adempiente con impegno a descrivere con apposita relazione lo stato di implementazione dell'attuazione della contabilità analitica nell'ambito della verifica del Piano Operativo 2013-2015.

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

INADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, 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.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 49% dei costi rilevati dal Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi). Si rappresenta altresì che per i primi 9 mesi del 2014 è stata registrato un incremento della copertura dei dati di spesa rilevata con il flusso consumi rispetto ai costi rilevati con i Modelli di Conto economico.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
In via preliminare si evidenzia che la Regione risulta per l'anno 2012 adempiente con impegno ad adeguare le quote di compartecipazione al DPCM del 2001.
La documentazione trasmessa per la verifica 2013 non consente di ritenere superato l'impegno.
Per l'anno 2013 la Regione presenta un punteggio totale di 17 punti così ripartiti:

- Valutazione Multidimensionale dell'anziano non autosufficiente in cure domiciliari: 1 punto
- Offerta assistenziale: 8 punti
- Ripartizione degli oneri: 8 punti.

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad adeguare le quote di compartecipazione al DPCM Lea (con particolare riferimento all'assistenza residenziale/semiresidenziale ai pazienti disabili).

La regione in data 17 febbraio 2015 trasmette documentazione integrativa, in particolare una nota nella quale fornisce alcune precisazioni sui rilievi formulati:

- la previsione di 408 posti letto in RSA R1 nel nuovo regolamento regionale sul riordino della rete ospedaliera;
- la prossima predisposizione uno schema di proposta di legge volta ad adeguare le quote di compartecipazione al DPCM Lea 2001 (in particolare per l'assistenza ai disabili);
- l'effettiva erogazione di assistenza di livello intensivo in assenza di posti letto attivati R1.

Le informazioni fornite dalla Regione, sebbene indichino soluzioni future alle criticità evidenziate, al momento non modificano la valutazione sopra riportata.

S.3

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per l'assistenza domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

<u>Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali</u>

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 97%

Esito: Adempiente

<u>Indicatore di qualità</u>

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 60,97%

Esito: Adempiente con impegno ad alimentare le PIC attivate con i dati di attività in modo che il rapporto atteso sia pari a 100%.

Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 1,76

Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1

N. Pic erogate 4.683 Tasso di prese in carico 1,16

CIA Livello 2

N. Pic erogate 2.066 Tasso di prese in carico 0,51

CIA Livello 3

N. Pic erogate 215 Tasso di prese in carico 0,05

CIA Livello 4

N. Pic erogate 409 Tasso di prese in carico 0,10

Totale PIC erogate 7.373

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

<u>Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G</u>

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 91,11%

Esito: Adempiente

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale) = 55,55 %

Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 0,84

Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		Totale assistiti*
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
415	0,10	1297	0,32	618	0,15	989	0,24	**3192**	**0,82**	99	0,02	110	0,03	**205**	**0,05**	**3391**

* Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione.
La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbero non corrispondere con il valore in Totale assistiti. Infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

Per la regione Puglia risultano tutte le ASL invianti. Si segnala tuttavia che il numero di assistiti rilevati dalla fonte FAR è circa la metà di quello rilevato dalla fonte SIS. Si invita la Regione a fornire i chiarimenti in merito.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE
Con DGR 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) Prevenzione

INADEMPIENTE
Il valore dell'adempimento per la Regione Puglia risulta pari a 70 ovvero inferiore al valore soglia fissato per l'esito di adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE
In materia di aggiornamento del personale sanitario la Regione Puglia ha risposto a tutti i punti del Questionario, fornendo le informazioni richieste.
Da tali informazioni e dalla documentazione pervenuta negli anni precedenti, risulta che il Sistema di accreditamento regionale, ormai consolidato, prevede una piattaforma informatica per l'accreditamento on line dei provider regionali e delle attività formative. La Regione dichiara che attualmente risultano accreditati n. 18 provider.
Per quanto riguarda la programmazione della formazione per gli operatori sanitari, la Regione fa riferimento al "Piano regionale della Cultura alla Salute 2012-2013", nel quale confluiscono i Piani di Formazione delle aziende sanitarie pubbliche-PAF, ponendosi come obiettivo generale quello di promuovere la formazione su tutto il territorio regionale.
Per quanto riguarda invece l'Osservatorio regionale, organismo deputato a valutare la qualità della formazione continua, la Regione dichiara che, al fine di omogeneizzare le competenze e la metodologia per la valutazione della qualità, i componenti dell'Osservatorio o i propri delegati saranno oggetto di un percorso formativo definito dalla Commissione Nazionale ECM, ancora non avviato.

x) Implementazione percorsi diagnostico-terapeutici

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso la DGR 2580 del 30/12/2013 ad oggetto "Revoca DGR 111 del 19/05/2011 e 1228 del 31/05/2011 Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico per la diagnosi e la terapia di ASMA e BPCO" con la quale ha approvato il percorso diagnostico-terapeutico per la diagnosi e la

terapia di asma e BPCO di cui, come dichiarato, non è stato ancora avviato un monitoraggio strutturato. Non si fa menzione degli altri PDTA presenti nell'elenco del Questionario.
Si rammenta che nel 2013 la Regione aveva riferito di aver adottato una metodologia per produrre, diffondere, monitorare e aggiornare raccomandazioni attraverso PDTA, affidando tale compito all'Agenzia Regionale Sanitaria ARES – Area Accreditamento – Qualità – Ricerca. L'ARES, come riportato, avrebbe dovuto già svolgere tale attività di controllo.
La Regione trasmette, tuttavia, documentazione integrativa che certifica l'attività di monitoraggio dei PDTA, quale espressione di Linee guida adottate, svolta presso le ASL della Regione, precisando che, sebbene non esista una struttura istituzionalmente deputata alla raccolta ed analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio, sono attivati gruppi tematici che hanno il compito di promuovere processi di Governo clinico.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione nel Questionario dichiara di non garantire livelli aggiuntivi e specifica che "*sono presenti costi che riguardano non voci extra Lea ma accordi integrativi della Medicina Generale/Pediatria libera scelta/118 e quote del fondo sociale che transitano dalle Aziende sanitarie (es. assegno di cura SLA, rimborsi spese di viaggio e soggiorno …) e comunque in coerenza ed in linea con quanto era riportato nel Piano di Rientro*".
Dal modello LA risultano le seguenti prestazioni per un totale di € 29.310.000:

- assegno di cura
- prestazioni aggiuntive MMG e PLS previste da Accordi regionali/aziendali
- rimborsi per spese di viaggio e soggiorno per cure.

Si rileva che le prestazione aggiuntive previste dagli Accordi regionali e locali non si configurano come livelli aggiuntivi e si prende atto che la Regione dichiara di finanziare gli assegni di cura e i rimborsi con quote del Fondo sociale.
La Regione viene considerata adempiente con impegno a correggere le incongruenze tra quanto dichiarato e le risultanze dei modelli LA e fornire evidenza del fatto che gli interventi economici non gravino sul FSN.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione Puglia rimanda ad un'apposita relazione, dichiarando di non aver concluso l'iter di accreditamento istituzionale. La relazione è stata prodotta dalla Regione in data 19 settembre 2014 ed indica che, per un numero che non appare irrilevante di strutture sanitarie e socio sanitarie (n.16 strutture di dialisi, n.17 strutture di riabilitazione psichiatrica) non è stato ancora definito e concluso l'iter. Inoltre la Regione dichiara di non avere ancora iniziato l'iter per le strutture riabilitative e di educazione per i tossicodipendenti. Si deve evidenziare come l'Intesa del 20/12/2012 rappresenti un momento di completamento sull'iter di accreditamento istituzionale, anche alla luce della mobilità transfrontaliera, ma non possa costituire legittimazione a non avviare e concludere le procedure di accreditamento istituzionale, anche se di strutture socio sanitarie, in attesa delle risultanze del Tavolo tecnico del DM del 6 febbraio 2013.
In data 16 febbraio 2015 la Regione trasmette documentazione integrativa, con la quale comunica di aver provveduto ad accreditare un cospicuo numero di strutture sanitarie che non si trovavano in una condizione di accreditamento transitorio ma erano solo autorizzate; tale accreditamento ha avuto luogo mediante autocertificazione sul possesso dei requisiti delle medesime.
Di fatto l'accreditamento prospettato esula dalla ratio del legislatore nazionale contenuta nella legge n. 296/2006, per cui si chiedono ulteriori chiarimenti in ordine al completamento della procedura di passaggio dall'accreditamento transitorio/provvisorio a quello definitivo delle strutture sociosanitarie ai sensi della suddetta legge finanziaria 2007, considerando che la stessa

norma prevedeva la ricognizione preventiva dell'esistente e la conseguente definizione del fabbisogno, definendo altresì termini perentori per l'iter nella sua completezza, al fine dell'eventuale concessione di ulteriori accreditamenti di altre strutture.
Inoltre va chiarito se le strutture di tipo educativo-assistenziale rientrino nell'ambito di strutture sociosanitarie o si tratti di strutture di tipo socio-assistenziale non a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
In merito alla decisione di concessione nuovi accreditamenti a strutture che non erano in regime di Accreditamento transitorio, atteso il determinare del fabbisogno ciò è, nel merito, possibile.
Circa la situazione dell'accreditamento istituzionale delle altre strutture sociosanitarie, la Regione opina che la Legge 19/2006 disciplina "*l'accreditamento delle strutture e dei relativi gestori che erogano prestazioni per le quali i Comuni e gli altri soggetti pubblici interessati possono operare in regime di acquisto posti mediante titoli di acquisto e ferma restando la libera scelta dell'utente tra diverse unità di offerta comunque presenti nell'albo regionale dei soggetti accreditati*". Tale regime di accreditamento riguarda esclusivamente le strutture socioeducative per la prima infanzia ed i minori, a regime semiresidenziale e a ciclo diurno e le strutture a ciclo diurno per anziani e disabili.
Con riferimento alle procedure sopra descritte si esprimono perplessità circa l'applicabilità delle stesse alle strutture per anziani e disabili che, in quanto parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, sembrano rientrare nell'ambito di applicazione della Legge 296/2006.
Alla luce di quanto sopra esposto, la Regione viene considerata adempiente con impegno a completare le procedure di accreditamento per tutte le strutture sociosanitarie.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE
La regione Puglia ha compilato il Questionario in tutte le sue parti; ha indicato il riferimento normativo, DGR 745 del 05/05/2009, con il quale ha disciplinato in materia di sperimentazioni gestionali e ha dichiarato che non sono state attivate sperimentazioni gestionali a far data dalla predetta deliberazione.

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

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR
La Regione, in merito alla riorganizzazione della rete, ha trasmesso una nota in cui ha dichiarato che il processo di approvazione del Piano di riorganizzazione dei laboratori pubblici e privati è in fase di elaborazione nel corso del 2014.

Con riferimento al service di laboratorio la Regione ha indicato la delibera che disciplina il service di laboratorio (DGR 730 del 15/03/2010) già allegata al Questionario 2009.

In merito alla medicina di laboratorio, la Regione ha fornito le informazioni richieste tranne che per i punti h) e k) strettamente collegati al punto relativo alla riorganizzazione della rete; inoltre, per il punto n), per il quale era stato richiesto un approfondimento, la Regione ha inviato i dati del 2012, già trasmessi il precedente anno. La documentazione integrativa trasmessa non modifica la valutazione precedentemente espressa.

am) Controllo cartelle cliniche

INADEMPIENTE
La Regione Puglia con nota prot. 4685 del 13 febbraio 2015 ha trasmesso le singole tabelle delle Aziende Sanitarie Locali ad integrazione e a parziale rettifica della precedente Tabella 2 già inviata in data 6 agosto 2014, precisando che ciò si è reso necessario per i differenti orientamenti dei controlli per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza assunti dalle ASL prima dell'adozione della DGR 1202 del 2014.

Si ricorda che quanto richiesto alla Regione riguarda l'allineamento e la congruenza dei dati riportati nelle Tabelle 1 e 2 allegate alla nota prot. 9136 del 6/08/2014; nelle suddette Tabelle i totali complessivi del numero di cartelle cliniche sia delle strutture erogatrici pubbliche che delle private accreditate risultavano discordanti tra la Tabella 1 e la Tabella 2 (es. cartelle cliniche totali delle strutture pubbliche nella Tabella 1: 380.112, nella Tabella 2: 332.450).

La Regione con nota del 12 marzo 2015 ha trasmesso la Tabella 2, con i soli totali complessivi e accorpando i dati delle strutture pubbliche e private. Pur apprezzando l'impegno profuso dalla Regione si fa presente che non è stato trasmesso il report relativo ai controlli secondo quanto previsto dall'art. 3 c.2 del DM 10/12/2009 "*Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano inviano al Ministero del lavoro della salute e delle politiche sociali, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, con cadenza annuale, entro il 30 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento, un report relativo ai controlli di cui al presente decreto. 3. Nel report annuale deve essere specificato: a) la metodologia adottata dalla Regione per l'identificazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza da sottoporre a controllo; b) la tipologia di prestazioni identificate come ad alto rischio di inappropriatezza; c) il numero dei controlli effettivamente eseguito per ciascun erogatore; d) la metodologia utilizzata per il riscontro di qualità e appropriatezza delle cartelle cliniche, i protocolli di valutazione adottati e le conseguenti misure adottate; e) i risultati del processo di controllo e le conseguenti misure adottate; f) ogni altra informazione che la Regione ritiene utile segnalare ai fini della documentazione e caratterizzazione, anche quantitativa, delle attività di controllo effettuate. 4. La trasmissione del report di cui al presente articolo costituisce oggetto di valutazione in sede di verifica degli adempimenti, di cui all'intesa stipulata dallo Stato e le Regioni e province autonome di Trento e Bolzano il 23 marzo 2005 a cura del Comitato di cui all'art. 9 della predetta Intesa*".

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE

La Regione ha garantito la coerenza tra i dati NSIS con quanto dichiarato in base al DM 332/99 relativamente alla spesa protesica dell'anno 2012.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

In sede di prima valutazione la Regione veniva considerata inadempiente con rinvio a Piano di rientro. Infatti, in riferimento alla tabella degli indicatori per la verifica del raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi e strutturali, si evidenziava che l'indicatore n. 1 mostrava un valore di molto inferiore rispetto allo standard, il n. 4 era fornito in modo impreciso, il n. 5 non era fornito e i nn. 6 e 7 erano elevati. Tali scostamenti deponevano per una funzionalità non ottimale del percorso di cure palliative. In relazione alla rete di terapia del dolore appariva necessario che la Regione intervenisse con tempestività per garantire pieno coinvolgimento delle diverse componenti della rete, atteso che i MMG rappresentano elemento fondamentale per la corretta presa in carico dei pazienti e per l'appropriatezza degli interventi. Inoltre si chiedeva l'individuazione dei centri Hub e Spoke con le relative prestazioni erogate.

La Regione tuttavia ha trasmesso documentazione integrativa, in particolare lo schema di deliberazione regionale istitutiva della rete di terapia del dolore, che si ritiene esaustivo nel merito, in quanto atto ad individuare le strutture con ruolo di Hub e di Spoke e le relative prestazioni erogate.

Relativamente alla tabella degli indicatori si evidenzia che deve essere ulteriormente migliorato il grado di raggiungimento degli standard previsti dal DM 43/07.

Ciò premesso, considerato che la Regione ha intrapreso un virtuoso percorso di complessivo miglioramento nelle tematiche oggetto di valutazione, ben evidenziato dagli atti documentali trasmessi, si ritiene di poter considerare la medesima adempiente per l'anno 2013.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di completezza per ASL

Disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento: SI

Esito: Adempiente

N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 5/5 (100%)

Esito: Adempiente.

AO.3

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

Esaminata la documentazione relativa alle attività inerenti l'attivazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia, 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.

E' necessario che la Regione provveda alla formale istituzione del percorso assistenziale in continuità di cure.

Successivamente la Regione trasmette una nota di chiarimenti che non modifica la valutazione già effettuata.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Nella verifica 2012 la Regione era risultata 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). La documentazione trasmessa per la verifica 2013 non consente di ritenere superato l'impegno.

Gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl sembrerebbero aver consentito nel 2013 la dimissione di 11 dei 14 internati in OPG per i quali è stata disposta la proroga della misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno. La Regione fornisce la relazione richiesta sulle dimissione dei pazienti dagli OPG e la loro presa in carico da parte della ASL.

La Regione non ha formalmente individuato strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali dei minori accolti dai CPA.

La Regione non ha attivato all'interno di uno degli Istituti penitenziari una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale, così come previsto dall'Accordo "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'allegato C del DPCM 1 aprile 2008" del 13/10/2011. Tuttavia sembrerebbe che ciò sia dovuto alle competenze dell'amministrazione penitenziaria circa la ristrutturazione dei locali individuati.

Per superare l'impegno del 2012 la Regione deve adottare formalmente 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 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione dichiara di aver provveduto a monitorare l'implementazione delle Raccomandazioni nelle proprie Aziende Sanitarie, e dai dati forniti risulta che sono rispettati i requisiti richiesti.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha trasmesso una nota con cui comunica che è in corso di predisposizione una delibera finalizzata alla predisposizione della centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici, tuttavia è da rilevare che permane su tale punto un non raggiungimento dei requisiti richiesti, come appare dalla tabella relativa dalla quale emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono il 30%, non raggiungendo il valore del 60% .

La Regione trasmette, ad integrazione della nota prot. A00_151 — 13059 del 5/03/2014, le note pervenute dai Direttori Generali della Asl di Brindisi e BT, relative all'avvio della Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici. Nonostante le iniziative intraprese dalla Regione ancora non viene raggiunto quanto richiesto.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione invia una nota circa i corsi attivati nel 2014 e la programmazione 2015. A tal proposito si rammenta che le verifiche sono relative all'anno 2013.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Check list di chirurgia raggiungendo la percentuale richiesta per l'adempienza. In via collaterale si precisa che il calcolo aritmetico appare errato in quanto la somma delle UO chirurgiche che adottano la Check list è di 128 su 147 totali (87,07%) e non 117/134=87,31%.

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione non ha prodotto il report.

AS.6 Prevenzione delle cadute

La Regione Puglia ha trasmesso la delibera 232 del 20 febbraio 2015 con la quale ha disposto l'adozione della procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute.

AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

Si prende atto della nota trasmessa in data 16 febbraio 2015 con cui la Regione comunica di aver individuato i componenti del gruppo di esperti per l'analisi degli eventi sentinella e che questo sarà ratificato da una delibera a ciò predisposta.

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La regione Puglia fornisce il valore riportato dagli indicatori di performance per singolo CUP.

aab) Sistema Informativo assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 16,81%

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 35,74%

Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

In seguito all'avvenuta integrazione dei dati del flusso da parte della Regione ed al miglioramento della qualità degli stessi per l'anno 2014, la Regione viene considerata adempiente.

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012: 111%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: 98,2%

Il codice 99 non noto/non risulta è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 406

Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,15.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La relazione predisposta dalla Regione descrive, conformemente a quanto richiesto, lo stato dell'arte delle attività di progetto, le iniziative in corso e l'architettura tecnologica adottata e il ruolo del FSE nel contesto del sistema informativo regionale; fornisce inoltre informazioni riguardo la disponibilità o la realizzazione in corso di servizi per l'accesso dell'assistito al proprio FSE, la gestione dei referti di laboratorio e la gestione del profilo sanitario sintetico. Per quanto riguarda i servizi relativi all'interoperabilità si fa riferimento alle indicazioni delle Amministrazioni centrali.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

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 (Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010).

1.1–1.2 La Regione riferisce di aver effettuato le visite di verifica istituzionali finalizzate all'autorizzazione e accreditamento dei servizi trasfusionali.

1.3 Il Coordinamento Regionale delle Attività Trasfusionali (CRAT) della Regione attesta di essere in possesso della documentazione delle ST regionali che stanno provvedendo al processo di convalida delle procedure di congelamento del plasma.

AAE.2 Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali (Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011).

2.1 La Regione cita un atto della Giunta Regionale del 2006 che stabilisce la composizione del CRAT.

2.2 La Regione ha prodotto documentazione attestante il monitoraggio dei COBUS effettuato.

AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012)

3.1 La Regione precisa che sono agli atti del proprio Ufficio la documentazione relativa ai percorsi formativi effettuati e le determine dirigenziali di istituzione e aggiornamento dell'elenco del personale idoneo allo svolgimento delle raccolte di sangue svolte direttamente dalle Associazioni e Federazioni dei Donatori di sangue.

3.2 La Regione ha deliberato a favore del ridimensionamento delle strutture per l'effettuazione dei test NAT e sierologici nelle 3 macro aree: Salento, Bari e Puglia Nord.

AAE.4 Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) (Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013)

4.1 La Regione ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013 con DGR 2324/2013.

aaf) Percorso nascita

INADEMPIENTE

Preliminarmente si rappresenta la Regione Puglia nel 2012 era risultata adempiente con impegno.

Per quanto riguarda lo STAM, attualmente viene effettuato, qualora necessario, da ciascun Presidio Ospedaliero in grado di attivare il processo attraverso l'intervento del 118, attivo su scala regionale. Si sottolinea che il trasporto materno in emergenza richiede procedure, risorse umane e tecnologiche specifiche.

Per quanto riguarda lo STEN questo è effettuato, su richiesta, dalla UOC di Neonatologia e TIN degli OO.RR. di Foggia e dalla analoga UOC dell'E.E. Casa Sollievo della Sofferenza di S. Giovanni Rotondo, entrambi dotati di mezzi propri e personale dedicato che provvedono, attualmente, alle necessità di STEN per il territorio delle Province di Foggia e Barletta-Andria-Trani. Per il resto del territorio pugliese, sarà attivato un ulteriore STEN c/o l'UOC dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, per i PN presenti nelle province di Bari, Brindisi, Lecce e Taranto. L'attivazione del suddetto STEN è prevista entro il 30/9/2014.

La Regione trasmette in data 16/02/2015 una nota che fa riferimento ad una riunione del Comitato Percorso Nascita regionale dell'ottobre 2014, nella quale viene specificato che il Sistema di Trasporto in Emergenza del Neonato sarà a regime tra la fine del 2014 e i primi mesi del 2015. Si richiede documentazione formale che attesti l'avvenuta attivazione di tale sistema in linea con l'organizzazione sopra rappresentata.

Per quanto riguarda la riorganizzazione della rete consultoriale pugliese, non si evince lo stato di attuazione della riorganizzazione dei consultori familiari, né la tempistica relativa; si rileva una decisione del Comitato Percorso Nascita regionale, non formalizzata dalla Regione, di estendere a tutti i consultori regionali il diario della gravidanza, già attivo a livello delle ASL di Foggia e Taranto.

Non vengono fornite delucidazioni in merito all'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.

Per quanto riguarda i PN che effettuano meno di 500 parti anno, nel Questionario la Regione ne dichiara 9, di cui 8 pubblici e 1 privato accreditato; tuttavia, in risposta trasmette, con invii successivi, le schede relative a 3 punti nascita con meno di 500 parti: Casarano, Gallipoli e Scorrano i quali, peraltro, dalla disamina delle tabelle, mostrano alcuni disallineamenti rispetto agli standard previsti dall'Accordo del 16/12/2010. A tal proposito si dichiara che il PN di Ostuni è stato ufficialmente disattivato, ma non viene trasmesso l'atto regionale relativo a tale disattivazione e che per quanto attiene i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici dei punti nascita che, pur al di sotto dei 500 parti, risultano ancora attivi, il Comitato Percorso Nascita Regionale, sulla base dei dati pervenuti dalle ASL di riferimento, ritiene posseggano, in attesa di una ulteriore rivisitazione della rete ospedaliera, i requisiti per poter continuare ad erogare prestazioni sanitarie. Non viene fatto specifico riferimento né alla chiusura di alcuni dei 9 PN sotto i 500 parti dichiarati nel 2013, né, ipotizzando una loro persistenza, alla presenza degli standard richiamati dall'Accordo del 2010.

La Regione trasmette il 10/3/2015 documentazione integrativa, in particolare una nota dove dichiara quanto segue.
In relazione a STAM e STEN si precisa che nel Regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera 2015-2016 e definizione di modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione del Patto per la Salute 2014-2016, si è inteso disciplinare dettagliatamente il predetto trasporto. Si procederà, a seguito di adozione da parte della Giunta regionale, alla trasmissione della relativa delibera.
Le informazioni trasmesse in merito a tale punto non permettono di evincere la tempistica dell'attivazione di STAM/STEN nonché le modalità organizzative.
In merito all'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 nella suddetta nota la Regione trasmette la proposta di DGR "Recepimento delle linee guida Gravidanza fisiologica del sistema nazionale Linee guida ed indicazioni per l'accesso alle prestazioni a tutela della maternità in regione Puglia. Avvio dell'agenda della gravidanza".
Si rileva che manca la tempistica di tale azione.
Per quanto riguarda i PN che effettuano meno di 500 parti anno, la Regione Puglia, nella nota del 10/3/2015 dichiara che "*per quanto attiene il numero dei punti nascita disattivati, nel Questionario si è inteso riportare i punti nascita che, disattivati nel corso dell'anno 2013, comunque avevano registrato un numero sia pur non significativo di SDO*". Quanto dichiarato dalla Regione non trova supporto in alcun atto formale relativo alla dichiarata chiusura di questi punti nascita con "attività residuali nel 2013". L'unico PN per il quale la Regione ha inviato una sorta di atto formale è quello di Ostuni, disattivato.
La Regione Puglia dovrà fornire, inoltre, opportuni chiarimenti in merito al PN del Presidio ospedaliero Umberto I di Corato, ospedale collegato, insieme a quello di Terlizzi, all'Ospedale S. Paolo di Bari e facente parte della Azienda Sanitaria Locale Bari. Infatti, dai dati desunti dai flussi informativi correnti risulta che nell'anno 2013 in tale PN, UOC di Ostetricia e Ginecologia, sono stati effettuati 203 parti, mentre nel I semestre 2014, come si rileva dalle SDO, tale PN apparentemente non ha effettuato parti, elemento che contrasta sia con alcune segnalazioni pervenute che con la stessa pagina web del suddetto ospedale; il sito dell'ospedale di Corato risulta aggiornato al 17 novembre 2014.
Infine, nulla viene dichiarato relativamente all'implementazione dell'offerta della partoanalgesia.
Le informazioni risultano non esaustive e apparentemente discordanti.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE

La Regione ha ridisegnato una nuova rete dell'emergenza-urgenza, formalizzata con il Programma Operativo 2013-2015 e con DGR 2251 del 28/10/2014, che prevede l'istituzione di un Dipartimento regionale interaziendale territoriale, come settore unico di riferimento per l'area dell'emergenza-urgenza sanitaria, e la ridefinizione dei criteri per l'identificazione degli Hub, Spoke, PS, CO, PPI e PPIT.
In particolare per la rete emergenza-urgenza ospedaliera, si rileva che:

- i DEA II livello restano 6 e sono collocati negli hub (Bari - AOU Policlinico, Foggia -AOU OO Riuniti e IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza - S. Giovanni Rotondo, Taranto - PO SS. Annunziata, Brindisi – PO Perrino e Lecce PO V. Fazzi)
- i DEA I livello passano da 7 a 16 (5 a Bari, 2 a Foggia, 2 a BT, 3 a Taranto,1 a Brindisi e 3 a Lecce) e sono collocati a Bari nell'Ospedale S. Paolo e nell'Ospedale Di Venere e nella provincia (Acquaviva delle Fonti, Monopoli ed Altamura), nella provincia di Foggia (Cerignola e S. Severo), nella provincia di BT (Barletta e Andria), nella provincia di Taranto (Castellaneta, Martina Franca e Manduria), nella provincia di Brindisi (Francavilla Fontana), nella provincia di Lecce (Casarano, Gallipoli, Tricase, Copertino, Galatina)

- i PS si riducono da 27 a 10 (4 a Bari, 1 a Foggia, 1 a BT, 2 a Taranto, 1 a Brindisi e 1 a Lecce) e sono collocati nella provincia di Bari (Molfetta, Corato, Putignano e Terlizzi), nella provincia di Foggia (Manfredonia), nella provincia di BT (Bisceglie-Trani), nella provincia di Taranto (Grottaglie e Statte), nella provincia di brindisi (Ostuni) e nella provincia di Lecce (Scorrano).

Pertanto il numero totale dei presidi sede di DEA di II livello, di I e di PS passa da 40 a 32.
La rete di emergenza-urgenza territoriale prevede 158 mezzi per il soccorso, di cui 75 per il soccorso avanzato (Mike e India) e 83 mezzi di soccorso di base (Victor). Le postazioni/mezzi di soccorso 118 sono: 39 a Bari (6 Mike e 33 India), 40 a Foggia (16 Mike, 22 India e 2 Victor), 12 a BT (5 Mike e 7 India), 24 a Taranto (10 Mike, 10 India e 4 Victor), 18 a Brindisi (6 Mike e 12 India) e 25 a Lecce (8 Mike, 15 India e 2 Victor).
Le 42 automediche sono così distribuite nelle 6 province: 14 a Bari, 5 a Foggia, 4 a BT, 6 a Taranto, 5 a Brindisi e 8 a Lecce.
Sono confermate le 5 CO 118: Bari, Foggia, Taranto, Brindisi e Lecce.
I 3 PPI (1 a Bari, 1 a BT e 1 a Brindisi) sono presenti negli ospedali per la post acuzie oppure nelle strutture territoriali, e quelli con numero di accessi > 6.000 unità anno, sono attivi H24, ma si prevede una trasformazione in postazione medicalizzata del 118 (PPIT). I PPI con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui sono affidati al 118 come postazione territoriale 118-PPIT.
I PPIT presenti a Bari sono 15, a Foggia 7, a BT 3, a Taranto3, a Brindisi 4 e a Lecce 3 per un totale di 35.
Il servizio di elisoccorso prevede un mezzo nelle ore diurne ed uno in quelle notturne, per una previsione di una media annua di 600 interventi/diurni e 500/notturni.
La Regione ha trasmesso in maniera dettagliata la programmata riorganizzazione della rete emergenza-urgenza ospedaliera e territoriale; si prende atto nell'attesa dell'attivazione. Nessuna informazione è stata fornita sulle reti ad alta complessità tempo dipendenti, ictus, sindrome coronarica acuta e trauma, considerata la rimodulazione della rete ospedaliera, e sull'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013.

AAG.2
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS presenti nel NSIS, risulta quanto segue.
<u>Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H</u>
N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 99,80%
Esito: Adempiente
<u>Indicatore qualità</u>
N. record con ASL e comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 99,93%
Esito: Adempiente
Numero accessi in PS per 1000 residenti: 288,95
Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:
N. Accessi EMUR PS per triage all'accesso
B 73.005 V 810.765 G 259.280 R 10.992 N 177 X 16.269 Totale 1.170.488
N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso
B 87.234 V 835.511 G 188.606 R 10.451 N 563 N.A. 48.123 Totale 1.170.488

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 presenti in NSIS, risulta quanto segue.
<u>Indicatore di coerenza</u>
N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 100,25%
Esito: Adempiente
<u>Indicatore di qualità</u>

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/ totale record campi data-ora: 100,00%
Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/ totale record campi data-ora: 96,03%
Esito: Adempiente.

Alla luce delle suddette valutazioni si ritiene superato l'impegno relativo alla verifica adempimenti dell'anno 2012.

AAG.3

ADEMPIENTE

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 17 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21).

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

In questi ultimi anni la Regione Puglia ha dedicato particolare attenzione al processo di rafforzamento della rete distrettuale e delle Cure Primarie attraverso l'individuazione di documenti per l'organizzazione funzionale, di standard organizzativi, nonché di strumenti e metodologie di monitoraggio. In particolare tra le azioni messe in atto per la riorganizzazione dell'Assistenza Primaria figurano:

- l'avvio di un piano di implementazione del "progetto Care Puglia", con l'obiettivo di rendere ordinario sull'intero territorio regionale il modello assistenziale del "Chronic Care Model" per la presa in carico multiprofessionale delle persone affette da patologie croniche con particolare riferimento all'individuazione dei compiti assistenziali dei diversi professionisti coinvolti nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio. Per il monitoraggio e la valutazione dei risultati relativi all'attuazione del modello è utilizzato un software gestionale in dotazione all'equipe
- la riconversione di 22 strutture ospedaliere dismesse in altrettanti Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) al fine di perseguire l'assistenza territoriale integrata secondo i principi della continuità assistenziale, e della presa in carico secondo il modello "Chronic Care Model". Relativamente allo stato di avanzamento di tale riconversione la Regione fornisce una tabella di sintesi con l'indicazione dei servizi distrettuali e dipartimentali territoriali erogati.
- la realizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) finalizzate alla riduzione sia dei ricoveri impropri che degli accessi al P.S. dei codici bianchi nonché ad elevare il grado di accessibilità ai servizi in modo da portarlo in maniera omogenea ad h12 e gradualmente ad h24. Tale modalità organizzativa vuole al contempo fornire una risposta alla domanda espressa della popolazione dei comuni interessati dalla riconversione.

La Regione fornisce la relazione sulle azioni individuate e poste in essere in merito alla riorganizzazione delle Cure Primarie dalla quale si evince il completamento del processo di riconversione dei 22 Presidi Ospedalieri in altrettanti Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) la cui modalità organizzativa multiprofessionale è riconducibile alle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) previste dalla Legge 189/2012 cui la Regione fa espressamente riferimento. Non sono ancora stati adottati gli atti formali di istituzione delle UCCP e delle AFT per i quali si rimane in attesa.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La Regione Puglia ha trasmesso la DGR 2067/2013 recante "Appropriatezza dei ricoveri in riabilitazione intensiva" e la DGR 1195/2013 "Protocollo di verifica UVARP per l'appropriatezza delle

prestazioni riabilitative in strutture extra-ospedaliere pubbliche o private accreditate in regime residenziale semiresidenziale e ambulatoriale".
In particolare il Piano di indirizzo per la riabilitazione promuove l'utilizzo di un "percorso assistenziale integrato" per le persone con disabilità. Per ciò che riguarda la Riabilitazione Intensiva ad alta specializzazione il documento individua le fasi del percorso di presa in carico riabilitativa delle persone con grave cerebrolesione acquisita (cod.75) e delle persone con grave mielolesione acquisita (cod.28), unitamente ai criteri di trasferibilità da strutture di terapia intensiva a strutture riabilitative ed alla classificazione in fase post acuta precoce dei pazienti con grave cerebrolesione e l'individuazione di percorsi differenziati.
Da quanto dichiarato nel Questionario la Regione effettua attraverso l'Unità di Valutazione Appropriatezza Ricoveri e Prestazioni (UVARP), le verifiche ai fini dell'appropriatezza delle prestazioni.
Per quanto riguarda i dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedalieri, la Regione presenta (vedi tabella allegata):

- per l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2013, un trend positivo nel triennio 2011-2012-2013 anche se risulta ancora, rispetto al valore medio nazionale, un posizionamento negativo;
- per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza la regione presenta una posizione negativa rispetto al valore Italia anche se evidenzia un trend al miglioramento nel triennio 2011-2012-2013.

La Regione viene considerata adempiente; parimenti può ritenersi superato l'impegno per l'anno 2012.

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

INADEMPIENTE
La Regione Puglia risulta sufficiente per 3 item su 5.
Tra le criticità si segnala, in particolare, un punteggio inadeguato per gli indicatori di performance dovuto ad un livello di attività insoddisfacente per le profilassi di eradicazione per BRC, per la percentuale dei controlli svolti per la TSE e per il controllo sull'alimentazione animale, per la percentuale dei campioni svolti per la ricerca dei residui fitosanitari e per i controlli ufficiali negli esercizi di commercializzazione e somministrazione degli alimenti.
Per i flussi informativi veterinari ha conseguito un discreto livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (punteggio pari al 61%) ma non è risultata sufficiente per nessuno dei 6 indicatori vincolanti. In proposito si segnala la mancata programmazione regionale per il Piano Nazionale Alimentazione Animale e l'invio dei dati per l'attività di controllo sulla Scrapie e sul finanziamento dei controlli ufficiali, la relazione incompleta riguardante i piani di risanamento della popolazione animale, il ritardo di registrazione dei dati sul Sistema Informativo Salmonellosi, nonché un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili, per le attività del Piano Nazionale Residui, per la ricerca dei prodotti fitosanitari e una procedura non corretta per il rilascio dei riconoscimenti definitivi agli stabilimenti (vedi tabelle allegate).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
Stante quanto risulta dal valore assunto dall'indicatore calcolato dalla Regione "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini", le strutture che hanno attivato servizi di refertazione digitale costituiscono il 53% delle strutture pubbliche che erogano prestazioni di diagnostica per immagini.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

SI RINVIA AL PUNTO L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

La Regione Puglia 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 4 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 (13,71% per l'assistenza territoriale al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci" rispetto al tetto del 11,85% e 5,15% per l'assistenza ospedaliera rispetto al tetto del 3,5%), facendo registrare una spesa ospedaliera tra le più elevate in Italia.

La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella scheda della spesa farmaceutica allegata al Questionario .

La Regione Puglia ha dichiarato di aver emanato molteplici atti sui versanti dell'assistenza farmaceutica sia territoriale che ospedaliera nel corso degli ultimi 4 anni. Le misure di governo della spesa farmaceutica adottate ai fini del contenimento della stessa, sono risultate però insufficienti al rispetto dei tetti di spesa prefissati, facendo della spesa farmaceutica della Puglia una delle più elevate in Italia.

Lo scostamento percentuale dell'incidenza della spesa farmaceutica regionale sul FSR rispetto al tetto del 14,85% (4,01% superiore rispetto alla somma dei tetti del 11,85% e del 3,5%) per l'anno 2013, è il più elevato rispetto a tutte le altre Regioni italiane.

Sul versante della spesa farmaceutica territoriale, nonostante i numerosi atti emanati, la spesa registrata nel 2013 risulta superiore rispetto a quella del 2012 (972 mln di € al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci" del 2013 vs 957 mln di € del 2012).

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera, seppur minore nel 2013 rispetto all'anno precedente, le numerose azioni intraprese dalla Regione in questo ambito assistenziale sono risultate insufficienti a contenere le dinamiche della spesa stessa.

La Regione si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale aggiornato due volte nel corso del 2013, trasmettendolo all'AIFA.

Infine, la regione Puglia ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in media rispetto alle 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

INADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

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

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 82% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3

INADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.

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

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 82% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione Puglia ha inviato la DGR 3008/2012 recante: "Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR ex art.12, comma 1, lett. B) del Patto per la salute 2010-2012. Aggiornamento e riordino della rete ospedaliera, valutazioni di impatto economico e determinazioni conseguenti".

In particolare la Regione con la riorganizzazione della rete ospedaliera e la riduzione dei posti letto procede alla verifica dell'impatto economico derivante dalla applicazione degli standard regionali dichiarando un risparmio complessivo di 33.388.990 euro e prevedendo una riduzione di 125 strutture complesse e 834 strutture semplici.

Dai dati del Conto Annuale la Tab.1G si evidenzia che in un primo momento la Regione non raggiunge la copertura totale del flusso informativo Tab.1G del Conto Annuale per l'anno 2013. Successivamente la Regione ha integrato i dati della Tabella 1G per le strutture che risultavano non pervenute. La rilevazione della tabella 1G è stata completata dopo le scadenze previste dalla rilevazione del Conto Annuale.

Si informa la Regione che il numero delle strutture complesse da standard, elaborato in base ai posti letto ospedalieri pubblici (8.761 p.l.) attivi al 1° gennaio 2013 è pari a 801 e il numero di strutture semplici, elaborato in riferimento alla popolazione residente (4.050.803 ab.), è pari a 1.048.

La Regione dichiara che sta provvedendo ad integrare la DGR 2207/2013, recante "Criteri per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa per la dirigenza medica–sanitaria nelle aziende/enti del SSR", con l'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a trasmettere la delibera di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di aver recepito il Piano per la malattia diabetica con DGR 164 del 19 febbraio 2014 recante "Recepimento Accordo Stato - Regioni "Piano per la malattia diabetica" (Rep. Atti n. 233/CSR del 6/12/2012)".

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	RISPOSTA	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**95,00%**	**1**	**1,0**	

9	RIA 11	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	**100,00%**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	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	**99,76%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**99,74%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**94,74%**	**0**	**0,0**	La percentuale di copertura nel 2013 è inferiore al 95% e si registra un decremento rispetto al 2012 (97,44%) e rispetto al 2011 (97,62%).
14	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%	**98,56%**	**2**	**6,0**	
15	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%	**99,30%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**48,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	PUNTEGGIO	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**99,93%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**1,84**	**2**	**4,0**	

4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**1,24**	**0**	**0,0**	Il punteggio qualità (pari a 1,24) è la media pesata dei punteggi assegnati ad ogni struttura di ricovero pubblica. Le strutture di ricovero che presentano incongruenze che non hanno avuto alcun riscontro da parte della Regione, corrispondono al 33,8% dei posti letto delle delle strutture di ricovero pubbliche della Regione. I due parametri valutati congiuntamente conducono ad una qualità insufficiente.
5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**1,86**	**2**	**4,0**	

6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**1,67**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**1,75**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**-**	**1**	**1,0**	

9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**1,96**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**1,93**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,87**	**0**	**0,0**	Le strutture extraospedaliere della Regione che non hanno risposto a tutte le segnalazioni riscontrate nel report anomalie del portale NSIS è pari al 6,3% delle strutture per le quali è atteso il modello STS21.

12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,98**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**1,95**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,003%**	**2**	**6,0**	

15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**98,49%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**42,0**	**BUONA**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**48,0 - ADEMPIENTE**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**2**	**42,0 - BUONA**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**peso**	**risultato**	**risultato*peso**	**Note**
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**2**	**4**	
						8	**ADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza.

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	
208	Malattie delle vie biliari senza CC	

227	Interventi sui tessuti molli senza CC	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	

377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (Contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	24%	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	89,7%	15
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/ (numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80%	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	89,3%	15

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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	U.3: 4,6% Indicatore Griglia LEA: 18% % missing: 81%	0
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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore **"**Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 45,4% Anno2012: 44,7% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 52%	0
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 7,5% Anno2012: 8,4% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 2%	0

U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	Definizione PASSI: Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati Definizione Istat: Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 37,1% Anno 2102: 35,3% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 55,1%	0
U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	5,04%	10
U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 92,9%	0
U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 81,1%	0

U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 67%	0
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**70**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	15,6	14,7	15,0	13,5	14,2	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	19,5	10,2	18,5	10,5	16,6	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	12,2	9,3	11,6	9,1	10,1	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	**≥ 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 effe+D5:E8+D5:F6ttuati <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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	≥ 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	**≥99,7%**	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	<95%
4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	**≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma**	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	**nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte**
7	**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**	>= 98%	**90% - 97,9%**	80% - 89,9%	< 80%
8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	<160 e ≥120	**<120 e ≥50**	< 50

9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre	**< 70% in almeno 2 categorie**
10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 48/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Numero indicatore	Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità					
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	***non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento (dati incompleti)***	*inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	**1**	**8**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.Lgs 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	6	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	***invio oltre i tempi previsti (programmazione non pervenuta)***	*invio entro i tempi previsti*	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	**1**	**6**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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***	**2**	**8**	
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	4	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***	**2**	**8**	
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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (53% pari a 2781 controlli su 5244)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	***non inviato entro la data prevista (registrazione oltre i 90 gg per tutti i 7 gruppi di riproduttori)***	*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 [vedere annotazione]	*< 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"***	**1**	**6**	
9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	***<85% di bovini morti testati per BSE (36,73%)***	*≥ 85% di bovini morti testati per BSE*	**1**	**3**	
10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	

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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	***invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento (dati non pervenuti)***	*invio corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	corrispondenza tra i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	*corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea*	**0**	**0**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	
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 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*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, D.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	*< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	***≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report***	**2**	**12**	

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	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	***validazione effettuata entro la scadenza prevista***	**2**	**8**	
16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, 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 annotazione]	*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***	**2**	**10**	
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	***< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati (21,3% per CAT A)***	*≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati*	**1**	**5**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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 annotazione]	*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***	**2**	**12**	

19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	*arrivo dei dati oltre il termine*	***arrivo dei dati entro il termine***	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	***> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale (7 campi)***	*≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	**1**	**8**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2013 *è stato basato su un riconosciment o condizionato*	***almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	***meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04 (41,7%)***	*almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	**1**	**4**	
21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	***comunicazion e inviata oltre il termine (13 marzo)***	*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 2013 [vedere annotazione]	*tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013*	***tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013***	**1**	**5**	

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"	6	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 (dati non pervenuti)***	*trasmesso entro la data prevista*	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	*allegato 3 inviato, corretto e completo*	**0**	**0**	
	TOTALE	**100**								**122**	

NON SUFFICIENTE punteggio pari al 61% ma sufficiente per 0 indicatori vincolanti su 6

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La copertura e la qualità dei dati consentono di valutare la Regione positivamente.

Statistici

ADEMPIENTE

Si segnala, in via preliminare, che nella verifica degli adempimenti per l'anno 2012 la Regione Sicilia era risultata adempiente con impegno a risolvere le criticità evidenziate sulla qualità dei flussi informativi HSP24 (nido, nati immaturi) e SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera. Per i due flussi informativi sopradetti non risultano presenti criticità per l'anno 2013.

La copertura dei dati è buona, pur in presenza di criticità sui flussi informativi T1Cbis (personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private) e CEDAP (Certificato di Assistenza al Parto) per il quale le schede inviate per il 2013 corrispondono al 97,94% dei parti rilevati per il medesimo anno nella Scheda di Dimissione Ospedaliera.

La qualità dei dati è buona, pur in presenza di criticità sul flusso informativo T1Cbis (vedi tabelle allegate).

Tuttavia, i riscontri forniti dalla regione Siciliana in relazione a quanto sopra segnalato, consentono di considerare superate le criticità sui flussi informativi CEDAP e T1Cbis.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Siciliana con un punteggio pari a 165 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si rilevano delle criticità per gli indicatori 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (già rilevata nel 2012), 2 Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (già rilevata nel 2012, per tale indicatore non sono stati registrati i miglioramenti attesi dalle attività di promozione dei programmi di screening), 3 Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, 6.3 contaminanti negli alimenti di origine vegetale - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti, 9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti e 13 Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2014, la Regione Sicilia ha una dotazione conosciuta di 16.712 posti letto, pari a 3,28 per 1.000 abitanti, di cui 2,89 per pazienti acuti (14.745 posti letto) e 0,39 per riabilitazione e lungodegenza (1.967 posti letto).

Si segnala che, in Base Dati 2014, non è stato inviato il modello HSP.12 per la struttura 190354 "P.O. ABELE AJELLO" (tale struttura è presente nella base dati 2014, ma i due reparti presenti nella base dati 2013 risultano entrambi chiusi con data 02/2013. Se la struttura non è più attiva deve essere cancellata dalla base dati 2014 e deve essere inserita la data di chiusura nella base dati 2013).

In relazione alla tematica inerente l'offerta dei posti letto regionali, la Regione ha trasmesso documentazione relativa alla riorganizzazione della rete ospedaliera, tuttora in atto. La Regione deve superare le criticità presenti nella Base Dati nazionale.

F.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso una dettagliata relazione tecnica, integrata da una tabella analitica delle attività di ricovero per singola struttura nel periodo 2009-2013. I dati contenuti nella tabella documentano la progressiva contrazione del tasso di ospedalizzazione anche in riferimento della quota riferita al regime diurno.

La Base Dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2011-2012-2013) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 174,65 nel 2011 e di 166,59 nel 2012 e di 148,19 nel 2013.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, ma con un differenziale in decremento di 9,1 (34,1%) nel 2011, 7,3 nel 2012 (32,3%) e 3,01 nel 2013 (28,01%).

Si osserva che la Regione risulta aver dato effettiva attuazione al DCA 954/2013, già pervenuto in sede di valutazione 2012, recante interventi volti all'abbattimento dei DRG a rischio di inappropriatezza e al contenimento del ricorso al day hospital a favore di regimi assistenziali a minore complessità.

La Regione si considera adempiente visto che tale provvedimento è in linea con i disposti della L. 135/2012, che il tasso di ospedalizzazione espresso nell'anno 2013 rientra nello standard di riferimento e che la quota di ospedalizzazione riferita al ciclo diurno è in ulteriore decremento.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La Regione Siciliana con una percentuale pari al 1% di DRG critici inferiore al valore mediano (10%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza.

Si segnalano le criticità per i DRG 340 e 466 (vedi tabella allegata).

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 Classe priorità prestazione, Garanzia tempi attesa, Prestazioni I accesso, Struttura sanitaria erogatrice presentano una valorizzazione inferiore alla soglia prevista.

H.1.2 Non è possibile misurare i due indicatori per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecodoppler dei tronchi sovraortici (che concorrono alla valutazione di adempienza per l'anno 2013) in quanto non risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto attività di monitoraggio ex ante. Per l'anno 2013 non raggiunge la soglia prevista del 90% sia per la Classe B che la Classe D nelle due settimane indice.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Dai dati pervenuti risulta che la Regione Siciliana raggiunge la soglia del 90% prevista per ambedue i campi Data di prenotazione e Classe di priorità.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni

Dai dati pervenuti risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

H.4.2 Relativamente alle indicazioni per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni la Regione aveva già indicato gli interventi programmati; con nota prot. DASOE 50533/2014 ne avvia il monitoraggio.

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.

H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa

Al riguardo la Regione svolge un Monitoraggio costante e strutturato della presenza dei tempi di attesa sui siti web delle Aziende sanitarie.

Ad integrazione di quanto sopra esposto, la Regione ha trasmesso la Direttiva sui Tempi di attesa prot. DASOE/5 – 83369 del 30/10/2014 con la quale sollecita i Direttori generali, i rappresentanti legali e i Direttori sanitari delle ASP Pubbliche e private ad attivare urgenti misure correttive che riguardano le criticità inerenti il Monitoraggio ex post e il Monitoraggio ex ante.

In relazione alla criticità relativa al monitoraggio ex post, come convenuto nella riunione del Comitato Lea del 17 dicembre 2014, è stato chiesto alla Regione di trasmettere le tabelle di transcodifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, laddove il codice della prestazione sia diverso dal codice nazionale del nomenclatore di specialistica ambulatoriale, nonché le tabelle di transcodifica delle strutture sanitarie, laddove la codifica delle stesse sia diversa dalla codifica di riferimento di cui al modello STS11, in modo da consentire la rielaborazione dei dati necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa.

La Regione ha trasmesso nel mese di gennaio 2015 le tabelle di transcodifica richieste. Dopo valutazione e analisi dei dati pervenuti dal competente ufficio della DG Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, la Regione viene considerata adempiente. Si suggerisce alla Regione di risolvere appieno le problematiche relative al punto H.2 Monitoraggio ex ante.

<u>I) Controllo spesa farmaceutica</u>

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

La Regione Siciliana ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 1.123 milioni di euro, corrispondente ad un disavanzo rispetto al tetto del 11,35% del Fabbisogno sanitario regionale dello 1,58% (137 milioni di euro). La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 333,8 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del Fabbisogno sanitario regionale dello 0,34% (29,8 milioni di euro).

La Regione Sicilia evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 166,8 mln di euro.

La Regione evidenzia sia il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale che il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.

Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.

Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.

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 2013.

Regione: SICILIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	871.108.786	10,03%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	14.160.496	0,16%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	18.367.951	0,21%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	14.993.891	0,17%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	231.489.790	2,66%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	161.672.483	1,86%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	72.549.908	0,84%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	89.122.575	1,03%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	1.127.626.146	12,98%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	8.687.753.344	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	986.060.005	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	141.566.141	1,63%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		195,1%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	4.553.622	0,05%
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**1.123.072.524**	**12,93%**
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	570.078.779	6,56%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	32.057.279	0,37%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	5.235.685	0,06%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	1.400.645	0,0161%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	2.858.848	0,03%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	297.036.532	3,42%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	8.687.753.344	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	304.071.367	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	3.628.000	0,04%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	1.131.000	0,01%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**333.852.811**	**3,84%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	29.781.444	0,34%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che per i primi obiettivi "Coerenza Piano dei centri di costo con la struttura organizzativa", "Coerenza del Piano dei fattori produttivi con il flusso dei conti" e "Coerenza Co-GE-CO.AN" della griglia "Verifica e monitoraggio stato d'implementazione CO.AN" tutte le aziende risulta abbiano raggiunto il 100%. La Regione, infatti, ha operato un monitoraggio continuo sulle aziende che presentavano le criticità nell'adozione del Piano regionale 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. In tal modo, le problematiche connesse alla coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa risultano superate. Le aziende hanno adottato azioni di revisione e aggiornamento del proprio piano aziendale per adeguarsi a quello regionale.

Per l'adempimento A2 "Capacità di quantificare gli scambi interni", pur non essendo uniforme l'attuazione di tale obiettivo a livello aziendale, la percentuale raggiunta supera quella richiesta ai fini dell'adempimento in oggetto.
La Regione ha inoltre provveduto a trasmettere la nomina del responsabile del procedimento formale per la verifica di attuazione della contabilità analitica.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione in base alla DGR 122 dell'11 giugno 2014 approva lo schema di contratto dei DD.GG, prevedendo al punto 3 dell'art. 3 la decadenza degli stessi, nel caso in cui non siano raggiunti gli obiettivi generali, tra cui il rispetto della tempistica nella trasmissione dei flussi informativi.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, 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.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre l'88% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione presenta una adempienza con impegno per l'anno 2012, che la documentazione inviata nel 2013 non modifica. Per superare l'impegno la Regione deve adeguare la normativa sulla compartecipazione alla spesa per trattamenti socio-riabilitativi residenziali e semiresidenziali e ai disabili a quanto previsto dal DPCM LEA.
Relativamente all'anno 2013, il punteggio totale attribuito alla Regione è di 15 punti, così ripartiti:

- Valutazione Multidimensionale dell'anziano non autosufficiente in cure domiciliari: 1 punto
- Offerta assistenziale: 8 punti
- Ripartizione degli oneri: 6 punti.

La Regione ha superato il punteggio minimo ma risulta necessario adeguare la normativa sulla compartecipazione alla spesa per trattamenti socio-riabilitativi residenziali e semiresidenziali ai disabili a quanto previsto dal DPCM LEA.
La Regione trasmette a febbraio 2015 documentazione integrativa, in particolare una nota nella quale conferma l'avvenuto accreditamento transitorio per 99 strutture socio-assistenziali che erogano prestazioni di lungoassistenza, ma non viene indicato il numero di posti letto. La documentazione inviata non modifica la valutazione sopra espressa.
Ai soli fini informativi si chiede alla Regione di verificare e confermare che le strutture socioassistenziali provvisoriamente accreditate ad erogare i trattamenti di lungoassistenza alle persone non autosufficienti, inviino i dati al flusso FAR.

S.3

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 111%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 82,48%

Esito: Adempiente

Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 4,15

Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1

N. Pic erogate 3.596 Tasso di prese in carico 0,72

CIA Livello 2

N. Pic erogate 11.112 Tasso di prese in carico 2,22

CIA Livello 3

N. Pic erogate 1.829 Tasso di prese in carico 0,37

CIA Livello 4

N. Pic erogate 4.288 Tasso di prese in carico 0,86

Totale PIC erogate 20.825

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 115,58%

Esito: Adempiente.

Si segnala la presenza dei dati FAR da parte di 4/9 ASL e dei dati STS 24 da parte di 2/9 ASL.

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 108,67%

Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 1,25

Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella allegata.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		Totale assistiti(*)
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
432	0,09	4521	0,90	569	0,11	928	0,19	6168	1,29	41	0,01	48	0,01	89	0,02	6247

(*) Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione.

La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbe non corrispondere con il valore in Totale assistiti. Infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione dichiara nell'allegato 2 del Decreto assessoriale 923 del 14 maggio 2013 l'abbattimento del 40% della tariffa, nel caso di superamento del valore soglia di 60 giorni nei ricoveri di lungodegenza.

u) Prevenzione

INADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Siciliana risulta pari a 47,5 ovvero inferiore al valore soglia fissato per l'esito di adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

La Regione Siciliana con nota prot. A.I.7 n. 0046506 del 9/06/2014 ha risposto in maniera esaustiva a tutti i punti del Questionario 2013.

Con tale nota, la Regione dichiara che il Sistema di Formazione Continua Regionale prevede una piattaforma informatica per l'accreditamento dei provider regionali sia pubblici che privati e per l'accreditamento delle attività formative. Tale piattaforma consente a ciascun provider regionale di inviare la reportistica degli eventi formativi al COGEAPS e all'Ente accreditante secondo la normativa in materia.

Per quanto concerne la programmazione formativa, la regione Siciliana con D.A. n. 2768/11, inviato in allegato al Questionario LEA 2011, ha adottato il Piano Formativo 2011/2013, individuando aree prioritarie per la definizione dei piani formativi aziendali. Inoltre, con DA n. 2510 del 30/12/2013 (non pervenuto) la Regione ha approvato il Piano di Formazione 2014/2016, che sarà richiesto per la verifica 2014.

Inoltre, dichiara che il manuale di accreditamento dei provider regionali, approvato con Decreto del 23/12/2013, è stato inviato al Comitato Tecnico Regionale in data 06/02/2014 e che l'Osservatorio Regionale, istituito con Decreto Assessoriale 02769 del 30/12/2011, è attualmente operativo.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE

La Regione ha avviato da anni numerose iniziative che attestano l'effettiva individuazione di PDTA che interessano diversi ambiti assistenziali.

La Regione dichiara di effettuare il monitoraggio dei PDTA tramite diverse azioni fra cui la ricerca delle evidenze documentali attraverso il controllo analitico delle cartelle cliniche, l'analisi dei report mensili inviati dalle Aziende Sanitarie Provinciali e l'analisi delle Schede di dimissioni facilitate dei pazienti che vengono ricoverati, affetti da patologie target.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione, con nota del 31 ottobre 2014, specifica che alcune prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto ai livelli di assistenza definiti con DPCM 29/11/2001, sono garantite con oneri "a carico dell'utente" o gravanti su "entrate proprie delle Aziende sanitarie" e, dunque, impropriamente inserite nell'allegato 5 del modello LA, in quanto non qualificabili come livelli ulteriori di assistenza.

La Regione chiede, conseguentemente, la riapertura della piattaforma NSIS per l'anno 2012 al fine di azzerare i contenuti del suddetto allegato.

Si ribadisce che le prestazioni ulteriori garantite con "entrate proprie delle Aziende sanitarie" costituiscono Lea aggiuntivi. Si chiede alla Regione di rendere coerenti le informazioni nei modelli LA.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione Siciliana dichiara di aver concesso l'atto di accreditamento transitorio ad un cospicuo numero di strutture sociosanitarie; si ribadisce che il termine ultimo per procedere all'accreditamento istituzionale era il 31 ottobre 2014.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La Regione Siciliana dichiara di non avere, al 31 dicembre 2013, sperimentazioni e/o innovazioni gestionali in corso.

Inoltre, con riferimento all'ISMETT la Regione ha trasmesso il DA del 22/06/2012 di stabilizzazione della sperimentazione. Con riferimento alla Convenzione Maugeri la Regione, in seguito alla richiesta di chiarimenti, ha specificato che, non trattandosi di una forma di sperimentazione gestionale ma di una convenzione, essa non debba essere oggetto di monitoraggio LEA e, quindi, non è stata inserita nella scheda del Questionario. Con riferimento alla Fondazione "S. Raffaele Giglio-Cefalù" la Giunta Regionale aveva conferito mandato all'Assessore regionale per la salute di elaborare (Deliberazione 287 del 07/08/2013), in seguito alla conclusione con esito negativo della sperimentazione, entro il 31 ottobre 2013, una proposta operativa per delimitare l'assetto organizzativo che la Fondazione avrebbe dovuto assumere a partire dal 1° gennaio 2014. In merito a ciò si prende atto del parere dei Ministeri competenti, da cui emerge che il nuovo Statuto ha conferito all'Ente la natura giuridica di "Fondazione senza scopo di lucro a totale partecipazione pubblica". In merito al passaggio della struttura al SSR, la Regione si riserva di comunicare gli atti che saranno a tal fine adottati a seguito del rogito notarile dello Statuto e alla definizione del procedimento di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale.

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

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

In merito al processo di riorganizzazione della rete laboratoristica la Regione ha fornito una nota dalla quale emerge una eccessiva lentezza nell'attuazione di tale processo.

La Regione ha infatti fornito risposte di "Dato non disponibile" per tutti i quesiti relativi alla medicina di laboratorio tesi a monitorare il processo di riorganizzazione.

In seguito alla richiesta di integrazioni durante la riunione del 25 febbraio 2015, la Regione ha trasmesso una relazione contenente le motivazioni delle criticità rilevate. Si apprezza lo sforzo della Regione in merito al miglioramento qualitativo delle prestazioni rese dalla rete laboratoristica; tuttavia le motivazioni trasmesse non possono essere considerate accettabili rispetto ai ritardi maturati nei processi di accreditamento e nell'attuazione del Piano di riorganizzazione della rete laboratoristica.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La Regione Siciliana ha trasmesso al Ministero della Salute in data 18 febbraio 2015 il report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche (Art.3 comma 2 del DM 10 dicembre 2009) e le Tabelle 1 e 2 previste dalla Circolare MdS n. 5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche" opportunamente aggiornate con le integrazioni richieste in data 16 luglio 2014. 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.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE

La Regione ha certificato il dato della spesa protesica anno 2012 pari a 96,734 mln di euro, che risulta non coerente con i dati del modello LA risultanti al NSIS, pari a 93,210 mln di euro. La Regione ha motivato la differenza attribuendola agli ammortamenti di alcuni cespiti che risultano come costi contabilizzati nel modello LA e differiscono dal valore totale del dispositivo protesico inserito nell'elenco 3, nonché dal noleggio di alcuni beni che non vengono contabilizzati nelle due colonne del modello LA prese a riferimento per la verifica dell'adempimento in oggetto.

Purtuttavia, si segnala che dai chiarimenti forniti dalla Regione Siciliana si evince una differenza di circa 10 mln di euro tra il totale del valore dei 3 elenchi e il valore delle 2 colonne del modello LA. Si segnala che il modello LA riepilogato dalla regione Siciliana non contiene il valore dell'azienda ospedaliera Villa Sofia – Cervello per un importo pari a 6,679 mln di euro; a tal proposito la Regione ha dichiarato che nel modello LA è stato erroneamente inserito nella riga L20700 il valore dell'azienda ospedaliera Villa Sofia–Cervello per il suddetto importo.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

In via preliminare si rileva che nella verifica Lea 2012 la regione Siciliana era risultata adempiente con impegno a documentare le iniziative riferite in tema di informazione ai cittadini e operatori sulla rete assistenziale palliativa.

Esaminata la documentazione relativa al Questionario 2013, si ritiene di poter prendere atto delle precisazioni in merito che le informazioni sulla rete assistenziale palliativa sono disponibili sui siti delle Aziende; al riguardo, tuttavia, si chiede di conoscere se per tale strumento divulgativo siano stati previsti degli standard di riferimento omogenei a livello regionale, nonché iniziative di monitoraggio da parte della Regione.

Si valutano positivamente gli interventi regionali relativamente all'istituzione della rete assistenziale palliativa e della rete di terapia del dolore, in quanto i contenuti del D.A. 3 gennaio 2011, recante Approvazione del "Programma di sviluppo della rete di cure palliative nella Regione siciliana" e del "Programma di sviluppo della rete di terapia del dolore nella Regione siciliana", sono in linea con le norme di riferimento e le linee di indirizzo nazionali in materia.

Per quanto riguarda nella tabella relativa agli standard qualitativi, quantitativi e strutturali (rif. DM 43/07) si osserva che gli indicatori n. 1 e n. 7 risultano elevati, mentre non è chiara la formulazione dei dati relativi agli indicatori n. 2 e n. 4. Si invita pertanto la Regione alla più puntuale compilazione della tabella stessa.

La Regione deve provvedere ad integrare l'invio della documentazione come sopra specificato.

AO.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di completezza per ASL

Disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento: SI

Si segnala che relativamente al III trimestre mancano i dati della ASP di Catania e della ASP di Ragusa. Si segnala inoltre che nel III trimestre Caltanissetta non ha inviato il mese di Settembre e Villa Sofia-Cervello ha inviato solamente settembre (1 record). Nel IV trimestre mancano i dati della ASP di Ragusa, dell'ARNAS Garibaldi e di Villa Sofia-Cervello; Caltanissetta non ha inviato il mese di ottobre.

Esito: Adempiente con impegno ad integrare le informazioni mancanti.

N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 11/14 (79%)
Esito: Adempiente con impegno ad integrare le informazioni mancanti.

AO.3

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione dichiara di avere ottemperato agli adempimenti evidenziati nella tabella, tuttavia non provvede alla trasmissione della relativa documentazione a supporto.
Pertanto si invita la Regione a sanare la carenza documentale descritta.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

La Regione ha formalmente predisposto il disegno di legge 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.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha effettuato il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni, compilando la tabella, dalla quale emerge che sono rispettati i requisiti richiesti (almeno 7 Raccomandazioni su 15 implementate a livello aziendale al 70%).

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la tabella, dalla quale emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono l'86%, superando in tal modo il valore di riferimento pari al 60%.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione ha elaborato e allegato un piano della formazione.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Check list di chirurgia. Dall'indagine è emerso che 319 UO chirurgiche regionali su 334 utilizzano la Check list di chirurgia.

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione ha prodotto e allegato il report.

AS.6 Prevenzione delle cadute

La Regione ha definito un piano per la prevenzione delle cadute.

AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione ha istituito un gruppo di esperti per l'analisi degli Eventi Sentinella, e ha attivato un sistema di monitoraggio con indicatori e standard per la valutazione dei piani di miglioramento.

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione non ha compilato i campi relativi agli indicatori:

- "Numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici nell'anno 2013";
- "Numero di prenotazioni effettuate nell'anno 2013";
- "Misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate nell'anno 2013;

- “Rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell’anno 2013”.

Tuttavia, la documentazione integrativa trasmessa dalla Regione viene considerata esaustiva e permette di considerare la regione adempiente.

aab Sistema Informativo assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all’anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 60,90%

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 83,87%

Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell’indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente.

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all’anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012: 97%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d’uso: Numero dei record con codice sostanza d’uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: 86,2%

Il codice 99 non noto/non risulta è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell’indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 427

Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,18.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La relazione predisposta dalla Regione descrive lo stato delle iniziative in corso per quanto riguarda il FSE, le funzionalità esistenti o in corso di realizzazione o pianificate, il ruolo del FSE nel contesto dei sistemi informativi aziendali e regionali.

La Regione ha fornito una breve descrizione in merito ai servizi per l’accesso dell’assistito al proprio FSE, alla disponibilità di servizi per la gestione del profilo sanitario sintetico, ai servizi per il collegamento e all’abilitazione all’accesso e all’alimentazione del FSE da parte dei MMG/PLS,

nonché delle strutture sanitarie. Non sono state fornite specifiche informazioni in merito all'interoperabilità interregionale del sistema FSE.
La Regione nel complesso risulta adempiente con impegno di fornire informazioni più dettagliate sulla realizzazione dei servizi a supporto dell'interoperabilità del FSE.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

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 (Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010).

1.1-1.2 I legali rappresentanti delle aziende sanitarie, sedi di una o più strutture trasfusionali, e i legali rappresentanti delle unità di raccolta associative in convenzione hanno trasmesso, entro la dead line regionale del 30 novembre 2013, apposita istanza di verifica ai fini del rilascio del provvedimento di autorizzazione e accreditamento.
Con DA 0633/2014 (All. 3) è stato elaborato il planning delle ispezioni delle strutture trasfusionali: l'avvio delle ispezioni è stato previsto a far data dal mese di giugno 2014. La totalità delle strutture trasfusionali dovrebbe essere ispezionata nel corso di visite di verifica previste nei mesi di giugno, luglio agosto e settembre 2014. Dalla documentazione di integrazione (nota del CRS prot. DASOE/6/11953 del 12/02/2015) risulta che le visite di verifica sono state eseguite.
1.3 La Struttura Regionale di Coordinamento riferisce che sono state attivate le procedure di congelamento del plasma prodotto, in conformità ai requisiti previsti dalla Farmacopea Europea.

AAE. 2 Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali (Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011)

2.1 La partecipazione degli attori è stata stabilita con il DA 1019 del 29 maggio 2012 recante "Caratteristiche e funzioni della Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali" (All. 5). Con successivo DA 1304 del 2 luglio 2012 (All. 6) sono stati identificati i componenti di un apposito "Comitato Tecnico Scientifico" di supporto alle attività della SRC; la loro partecipazione viene garantita nell'ambito di periodiche convocazioni.
2.2 La Regione dichiara che il monitoraggio dell'utilizzo appropriato degli emocomponenti e dei farmaci plasmaderivati e delle attività proprie dei Comitati Ospedalieri per il buon uso del sangue, ancorché assicurato, non è ancora sviluppato in forma sistematizzata.

AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012)

3.1 Con DA 1062 del 30 maggio 2013 recante le "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta associative" (All. 7), di recepimento dell'omonimo Accordo Stato-Regioni, sono stati definiti i percorsi formativi e di acquisizione delle competenze di medici ed infermieri da inserire nei Servizi Trasfusionali e nelle Unità di raccolta prevedendo, nell'allegato A del citato decreto, la qualificazione del personale addetto entro diciotto mesi dall'emanazione del decreto assessoriale. Nell'ambito della disponibilità offerta alle Regioni dalla Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia (SIMTI), che ha attestato la propria disponibilità a mettere a disposizione degli ambiti regionali un'apposita offerta formativa aderente al programma definito dall'Accordo Stato Regioni 25 luglio 2012, la formazione degli operatori risulterà garantita attraverso tale strumento offerto mediante formazione a distanza riconosciuta dalla regione Siciliana.
3.2 Il consolidamento delle attività di qualificazione biologica previste dall'Accordo del 25 luglio 2012 è stato effettuato presso 4 strutture trasfusionali (Centri di Qualificazione Biologica) che attualmente assicurano la qualificazione biologica del sangue intero e degli emocomponenti ai sensi della vigente normativa, l'esecuzione degli esami sierologici da effettuarsi sui donatori alla prima donazione differita e l'effettuazione dei test di chimica clinica nei medesimi. Quattro decreti che sanciscono l'operatività dei CQB sono stati emanati negli anni 2011 e 2012 (All. 8-9-10-11). La centralizzazione delle attività di qualificazione biologica, come è possibile evincere dai dati di attività

consultabili sulla piattaforma web di SISTRA, assicura attualmente volumi di attività media dei CQB operanti in regione pari a 60.000 donazioni/anno. Con riferimento alla centralizzazione delle attività di lavorazione è stata prevista e finanziata l'implementazione dell'infrastruttura tecnologica informatizzata a supporto delle attività che, nei tempi brevi, consentiranno il consolidamento della lavorazione presso 5 Centri della rete regionale.

AAE.4 Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) (Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013)

L'Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013 è stato recepito con DDG 1053/2014.

aaf) Percorso nascita

INADEMPIENTE

La documentazione inviata dalla Regione Siciliana non presenta elementi utili a verificare il superamento dell'inadempienza relativa alla verifica 2012, in quanto generica e poco dettagliata, soprattutto per quanto attiene gli aspetti riguardanti la tempistica di realizzazione della riorganizzazione del percorso nascita. La Regione, infatti, dichiara che ha previsto di mantenere, in deroga, 9 punti nascita con meno di 500 parti/anno; tale previsione è indicata nel piano di riordino delle rete ospedaliera, effettuato ai sensi della Legge 135/2012. Pertanto, si procederà a delineare l'assetto definitivo dei punti nascita contestualmente a quello dei posti letto. Per quanto attiene i punti nascita di Lipari e Pantelleria, la durata della verifica è stata fissata in sei mesi. Per tali punti nascita, come per gli altri ubicati in zone disagiate si è fatto riferimento alle indicazioni ministeriali in merito. L'adeguamento dei predetti punti nascita è in corso di definizione. E' in fase di definizione il sistema STEN/STAM. I tempi previsti per la completa attivazione sono di sei mesi . Si sottolinea che, con Decreto 10 Dicembre 2013, veniva fissato al 31 dicembre 2014 l'adeguamento dei Punti nascita ai requisiti strutturali previsti dal DA 2536/2011, data che, da quanto rappresentato dalla Regione, non si desume possa essere rispettata. Infine, non è stato trasmesso il report relativo alla presenza nei PN con meno di 500 parti/anno dei requisiti e standard previsti dall'Accordo per i PN di I livello, così come richiesto nel Questionario, né risulta compilata la sezione relativa agli standard e requisiti di tipo operativo, di sicurezza e tecnologici previsti dall'Accordo alla formazione degli operatori.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione Siciliana, nell'anno 2013, ha continuato il processo di rimodulazione della rete delle ambulanze/postazioni del SUES 118 (Sicilia Emergenza Urgenza Sanitaria). Pertanto sono state ridotte le sedi di Caltanissetta (da 16 a 15), di Trani (da 26 a 22) e di Ragusa (da 16 a 15), mentre sono state incentivate le sedi di Agrigento (da 18 a 19), di Catania (da 42 a 44), di Siracusa (da 18 a 19) e di Palermo (da 62 a 64).

Tuttavia il totale delle sedi presenti su tutto il territorio rimane di 251 ed è prevista, a completamento della riorganizzazione della rete ospedaliera, un'ulteriore rivisitazione del suddetto assetto.

Relativamente ai Presidi Territoriali di Emergenza (PTE), la Regione ha inserito queste strutture nel circuito di emergenza-urgenza territoriale con funzioni identiche a quelle svolte, nelle altre Regioni, dai Punti di Primo Intervento (PPI). Infatti i PTE effettuano interventi di primo soccorso, di stabilizzazione del paziente in fase critica e di trasposto se necessario, sono attivi H24 e sono collegati con la CO 118. I PPI, invece, sono postazioni di "guardia medica" diurna integrati con gli altri servizi del Distretto (su indicazioni del medico è possibile accedere ai servizi diagnostici, specialistici e infermieristici).

Le Centrali Operative territoriali 118 sono 4, con sedi a Palermo (per il bacino Palermo-Trapani), Caltanissetta (per il bacino Caltanissetta-Enna- Agrigento), Catania (per il bacino di Catania-Ragusa-Enna- Agrigento) e Messina (per il bacino di Messina).
In riferimento all'articolazione e/o rimodulazione delle reti ad alta complessità tempo dipendenti, ictus, sindrome coronarica acuta e trauma, la Regione ha trasmesso i riferimenti delle DGR di istituzione delle 3 reti.
In seguito alla richiesta di ulteriori informazioni, relativamente al n. Dipartimenti di emergenza urgenza di I livello, n. Dipartimenti di emergenza urgenza di II livello, modalità di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, numero di postazioni mobili (comprese quelle medicalizzate), elisoccorso, sedi dei PPI e dei PTE, modalità di coordinamento regionale delle attività di emergenza-urgenza, la Regione trasmette documentazione integrativa fornendo i seguenti chiarimenti:

- la riqualificazione della rete territoriale dell'emergenza-urgenza, in relazione alla riorganizzazione della rete ospedaliera, si riferisce alle ambulanze/postazioni del Servizio Urgenza Emergenza Sanitaria (SUES) 118 e dei Punti Territoriali di Emergenza (PTE)
  - le ambulanze/postazioni 118 resteranno 251 in totale, ma nello specifico subiranno le seguenti modifiche, distinte per bacino di utenza:
    - ✓ Agrigento ne avrà 19 (una in più), Caltanissetta 15 (una in meno) e ad Enna rimarranno 15
    - ✓ Catania ne avrà 44 (due in meno), Ragusa 15 (una in meno) e Siracusa 19 (una in più)
    - ✓ Palermo ne avrà 64 (due in più) e Trapani 22 (quattro in meno)
    - ✓ Messina continuerà ad averne 38
  - nei PTE vengono effettuati interventi di primo soccorso, di stabilizzazione del paziente in fase critica e di attivazione di trasporto verso l'ospedale più idoneo. La loro mission è quella di essere trasformati in postazioni medicalizzate del 118. Non viene riportato il numero e la distribuzione territoriale.
- le Centrali Operative interprovinciali sono 4, in particolare:
  - ✓ Palermo, presso l'ARNAS CIVICO per il bacino Palermo-Trapani.
  - ✓ Caltanissetta, presso ASP CL-PO "S. Elia" per il bacino Caltanissetta-Enna-Agrigento.
  - ✓ Catania, presso AO "Cannizzaro" per il bacino di Catania-Ragusa-Siracusa.
  - ✓ Messina, presso AO "Papardo" per il bacino di Messina.
- il coordinamento regionale dell'attività del Servizio Urgenza Emergenza Sanitaria 118 regionale e interregionale è svolto dal Servizio 6 dell'assessorato
- la proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera dell'emergenza prevede:
  - 6 DEA II livello (1 a Caltanissetta, 1 a Catania, 1 a Messina, 3 a Palermo di cui uno pediatrico).
  - 9 DEA I livello (a Caltanissetta, Agrigento, Catania, Enna, Messina, Palermo, Ragusa, Siracusa e Trapani).
  - 26 PS (3 ad Agrigento, 3 a Catania, 1 ad Enna, 4 a Messina, 6 a Palermo, 2 a Ragusa, 3 a Siracusa e 4 a Trapani).
  - 7 PS in zona disagiata (1 a Caltanissetta, 1 a Catania, 2 a Messina, 2 Palermo, e 1 a Trapani).
  - 14 PS da rifunzionalizzare (1 ad Agrigento, 2 a Caltanissetta, 4 a Catania, 2 a Enna, 1 a Messina, 2 a Ragusa, 1 a Siracusa e 1 a Trapani).
- i PPI sono presenti nei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) e sono attivi nelle ore diurne dei giorni feriali in continuità con la CA. Sono in fase di sperimentazione i PPI pediatrici.
- l'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 non è stato recepito.

La Regione ha parzialmente fornito le informazioni richieste.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 91,16%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con ASL e comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 99,85%

Esito: Adempiente

Numero accessi in PS per 1000 residenti: 340,19

Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:

N. Accessi EMUR PS per triage all'accesso

B 86.138 V 1.146.149 G 415.279 R 33.174 N 3.353 X 16.829 Totale 1.700.922

N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso

B 65.036 V 1.133.458 G 300.174 R 27.059 N 1.705 N.A. 173.490 Totale 1.700.922

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 91,47%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/ totale record campi data-ora: 100,00%

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/ totale record campi data-ora: 96,78%

Esito: Adempiente.

AAG.3

ADEMPIENTE

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 17 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21).

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Relativamente all'adozione di atti formali di programmazione relativi all'istituzione delle Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT), la Regione comunica che tali modelli organizzativi sono stati previsti negli Accordi Integrativi Regionali della Medicina Generale (D.A. 2151/2010), della Pediatria di Libera Scelta (D.A. 1209/2011), della Continuità assistenziale (D.A. 2152/2010) e della specialistica Ambulatoriale (D.A. 1675/2012). Attualmente sono state attivate n. 26 AFT delle quali 21 costituite da MMG e 5 da PLS. Tali aggregazioni funzionali condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. I modelli organizzativi complessi per l'erogazione delle Cure Primarie attivati sono i Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) caratterizzati dal collegamento funzionale di tutte le componenti dell'assistenza sul territorio per fornire una risposta integrata ai bisogni di salute. L'attività dei PTA (52 attivati in data 31 dicembre 2013) viene regolarmente monitorata attraverso la raccolta e l'elaborazione dei dati trasmessi dalle singole ASL dai quali emerge la diffusa adozione nelle aziende del Chronic Care Model, attraverso gli Ambulatori di Gestione Integrata

(AGI), per la migliore gestione della cronicità. Tra le azioni innovative messe in atto dalla Regione nell'ambito dei PTA, figura la presenza dei Punti di Primo Intervento (PPI) attivati in numero di 63, dei quali 58 (definiti puri) territoriali e 5 con funzione di ambulatorio di codici bianchi, affiancati al Pronto Soccorso e gestiti dai medici di C.A. In essi afferiscono le persone "filtrate" dal Triage. E' stata altresì effettuata, in via sperimentale, l'attivazione di n. 54 Punti di Primo intervento pediatrico (PPI-P). Non sono state attivate UCCP.
Gli atti formali di programmazione richiesti sono previsti soltanto per l'istituzione delle AFT e riconducibili agli Accordi Integrativi Regionali (AIR) per le medicine convenzionate. La relazione sulle azioni individuate e poste in essere in merito all'organizzazione delle Cure Primarie evidenzia sia l'attivazione di forme organizzative monoprofessionali (AFT) che forme caratterizzate dal collegamento funzionale di tutte le componenti dell'assistenza territoriale (PTA).
Si rimane in attesa dell'atto formale di programmazione relativo all'istituzione delle UCCP.

aai) Riabilitazione

INADEMPIENTE
La Regione Siciliana risultava per l'anno 2012 adempiente con impegno a fornire informazioni circa le iniziative di comunicazione e condivisione del Piano per la riabilitazione con le ASL del territorio, la mancanza di strumenti per il monitoraggio e le procedure di controllo sui collegamenti funzionali tra le strutture di ricovero e i servizi socio assistenziali territoriali.
Per l'anno 2013 la Regione ha inviato il Piano della Riabilitazione del 26 ottobre 2012 e dichiara che sta procedendo al riassetto della rete ospedaliera per la sua completa applicazione. Inoltre ha elaborato apposite linee guida volte a fornire procedure organizzative e operative alle varie realtà coinvolte su diversi livelli nel progetto riabilitativo.
La Regione presenta per l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2013 una variazione negativa percentuale al di sotto del valore medio nazionale, confermando un trend in miglioramento nel triennio 2011-2012-2013.
Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza la regione presenta una posizione positiva rispetto al valore Italia e una variazione positiva del trend nel triennio 2011-2012-2013 (vedi tabella allegata).
Ai fini del superamento dell'impegno del 2012 è stata richiesta alla Regione documentazione integrativa che attesti lo svolgimento delle attività previste dal Piano per la Riabilitazione, che tuttavia non è stata trasmessa.

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE
La Regione 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 della Scrapie oltre alla percentuale dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione e per il controllo dei residui fitosanitari.
Per i flussi informativi veterinari ha conseguito un buon livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (sufficiente con un punteggio pari all'87% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6).
In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili e sulle attività di sorveglianza per la BSE oltre al livello di attività di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte (vedi tabella allegata).

aak) linee guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Stante quanto risulta dal valore assunto dall'indicatore calcolato dalla Regione "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale / totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini", le strutture che hanno attivato servizi di refertazione digitale costituiscono il 17% delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

SI RINVIA AL PUNTO L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

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 degli ultimi 4 anni, sebbene non vengano ancora rispettati i tetti prefissati per entrambi le voci di spesa (13,96% per l'assistenza territoriale al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci" rispetto al tetto del 11,85% e 3,84% per l'assistenza ospedaliera rispetto al tetto del 3,5%).

La Regione ha ancora importanti margini di miglioramento nella regolazione della propria spesa farmaceutica rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 14,85% del FSR (17,8% sul FSR). La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica allegata al Questionario.

La Regione dichiara che nell'ambito dell'assistenza farmaceutica territoriale ha ottenuto una riduzione della spesa negli ultimi anni tramite interventi incentrati principalmente sulla verifica dell'appropriatezza prescrittiva per specifici principi attivi (medicinali a base di ranelato di stronzio, rosuvastatina e ezetimibe in associazione con simvastatina), il mantenimento della quota di compartecipazione a carico dei cittadini, la rideterminazione del limite di rimborsabilità per gli "inibitori di pompa protonica" (ATC A02BC) e la promozione dell'uso di farmaci a brevetto scaduto a minor costo, comunque insufficienti nel riportare la spesa farmaceutica territoriale all'interno del margine del 11,85% del FSR stabilito.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la Sicilia evidenzia un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR nel triennio 2010-2012, nonostante le misure di governo della stessa adottate, mentre nel corso del 2013 ha fatto registrare una leggera flessione della spesa in questo ambito assistenziale, con un'incidenza percentuale sul FSR molto vicina al tetto del 3,5% (3,84% del FSR nel 2013).

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 ritardo rispetto alla media delle 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 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

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

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 97% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.

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

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 97% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

INADEMPIENTE

La Regione Siciliana non ha risposto ai quesiti posti dal Questionario relativamente ai provvedimenti di riorganizzazione aziendale per contenere il numero complessivo delle strutture semplici e complesse entro i previsti standard. La Regione con nota 12832 del 16/2/2015 comunica che con DA del 14 gennaio 2015 è stata determinata la riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale e che, pertanto, in seguito procederà alla predisposizione delle Linee guida regionali istituendo anche due tavoli tecnici regionali con il compito di predisporre gli atti aziendali e le dotazioni organiche.

Per quanto riguarda i dati della Tab.1G del Conto Annuale la Regione non ha raggiunto la copertura totale del flusso informativo per l'anno 2013.

Tale carenza determina una sottostima del numero regionale di strutture semplici e complesse, previste ed assegnate, e non permette di effettuare, ai fini della verifica dell'adempimento, un confronto con il numero di strutture regionali da standard per l'anno 2013.

La Regione con decreto assessorile del 24 dicembre 2014 ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di aver recepito il Piano nazionale per la malattia diabetica con DA 1112/2013 recante "Recepimento del documento Piano per la Malattia Diabetica".

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	**RISPOSTA**	**VALUTAZIONE**	**RISULTATO**	**NOTE**
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**99,04%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**95,31%**	**2**	**2,0**	
9	RIA 11	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	**100,00%**	**2**	**3,0**	

10	STS.14	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	**98,99%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**99,70%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
14	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%	**99,45%**	**2**	**6,0**	
15	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%	**99,66%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**50,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	**PUNTEGGIO**	**VALUTAZIONE**	**RISULTATO**	**NOTE**
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**96,41%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	

3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**1,93**	**2**	**4,0**	

5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**1,99**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**1,87**	**2**	**1,0**	

7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**-**	**1**	**1,0**	

9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**1,89**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**1,94**	**2**	**1,0**	

11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,96**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,99**	**2**	**4,0**	

13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**2,00**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,001%**	**2**	**6,0**	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**99,63%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**49,0**	**BUONA**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**50,0 - ADEMPIENTE**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**2**	**49,0 - BUONA**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		peso	**risultato**	**risultato*peso**	***Note***
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**2**	**4**	
						8	**ADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza.

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	

208	Malattie delle vie biliari senza CC	
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	

369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (Contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	20%	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	76%	7,5
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/ (numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80%	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	39,3%	0
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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% e copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% e percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% e copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% e percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	U.3: 40,6% Indicatore Griglia LEA: 13% % missing: 9%	0

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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore **"**Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 46,5% Anno2012: 45,5% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 49,2%	0
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 6,5% Anno2012: 9,1% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 4,3%	0
U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	<u>Definizione PASSI:</u> Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati <u>Definizione Istat:</u> Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 41,7% Anno 2102: 46,6% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 55,2%	0

U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	5,19%	10
U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 92,9%	0
U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 61,4%	0
U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 33,5%	0
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**47,5**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	17,3	14,7	17,3	13,5	15,7	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	10,5	10,2	9,5	10,5	9,2	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	9,1	9,3	8,6	9,1	7,1	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	≥ 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 effe+D5:E8+D5:F6ttuati <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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	≥ 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	**≥99,7%**	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	<95%
4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	**≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma**	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	**nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte**
7	**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**	**>= 98%**	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%
8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	<160 e ≥120	**<120 e ≥50**	< 50

9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre	**< 70% in almeno 2 categorie**
10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 60/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Numero indicatore	Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità					
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	*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**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.Lgs 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	6	Invio corretto e completo dei dati di attvità secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	**2**	**12**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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***	**2**	**8**	
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	4	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***	**2**	**8**	
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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (26% pari a 3403 controlli su 13023)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	*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 [vedere annotazione]	*< 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"***	**2**	**12**	
9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	***<85% di bovini morti testati per BSE (54,86%)***	*≥ 85% di bovini morti testati per BSE*	**1**	**3**	
10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	

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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	*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 i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**8**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	
13	**CONTROLLO SANITARIO DELLE POPOLAZIONI SUINE - anagrafe:** D.lgs 26/10/2010 n. 200 che stabilisce modalità di identificazione e registrazione suini; **malattia di Aujeszky:** D.M. 1-4-1997 e DM 30 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*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, D.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	*< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	***≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report***	**2**	**12**	

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	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	***validazione effettuata entro la scadenza prevista***	**2**	**8**	
16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di oprigine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, debitamente compilato	***non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato (7 marzo)***	*inviato, debitamente compilato, entro la data prevista*	% di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte [vedere annotazione]	***numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte (9% pari a 33 controlli su 350)***	*numero di audit uguale o superiore al 30 % del totale del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte*	**0**	**0**	
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	*< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati*	***≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati***	**2**	**10**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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 annotazione]	*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***	**2**	**12**	
19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	*arrivo dei dati oltre il termine*	***arrivo dei dati entro il termine***	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	***> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale (5 campi)***	*≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	**1**	**8**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2013 *è stato basato su un riconoscimento condizionato*	***almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	*meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	***almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04***	**2**	**8**	

21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	*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 2013 [vedere annotazione]	*tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013*	***tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013***	**2**	**10**	
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 D.Lgs n. 194 del 19.11.2008; DM 24/01/2011 "modalità tecniche per il versamento delle tariffe e la rendicontazione"	6	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 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	***allegato 3 inviato, corretto e completo***	**2**	**12**	
	TOTALE	**100**								**174**	

SUFFICIENTE punteggio pari al 87% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha garantito sia l'invio dei dati al NSIS, sia la qualità richiesta dal punto in oggetto. Ha, inoltre, inviato gli Allegati 5 e 6 del modello LA e la relativa riconduzione ai livelli di assistenza.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Si segnala, in via preliminare, che nella verifica 2012 la Regione era risultata adempiente con impegno a risolvere le criticità evidenziate sulla qualità del flusso informativo SDO – Scheda di Dimissione ospedaliera e sulla copertura e qualità dei nuovi campi della SDO (DM 135 del 8.07.2010).

La Regione Toscana ha trasmesso una nota, a riscontro delle criticità tuttora presenti per l'anno 2013 sulla copertura e qualità dei nuovi campi della SDO (DM 135 del 8.07.2010).

Si evidenzia che, pur in miglioramento, la completezza dei nuovi campi della SDO non raggiunge comunque nel 2013 le soglie stabilite nei criteri di valutazione.

Inoltre si evidenziano criticità sul flusso informativo Tabella 1Cbis per la rilevazione dei dati del personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private, la cui completezza non raggiunge la soglia minima definita del 95% e la cui qualità complessiva è conseguentemente non valutabile (vedi tabelle allegate).

La Regione il 16 gennaio 2015 ha inviato una nota, a riscontro della valutazione sopra riportata.

A tale riguardo si rappresenta quanto segue:

- l'impegno sul flusso informativo SDO è confermato, sulla base delle motivazioni sopra espresse;
- l'impegno sul flusso informativo Tabella 1Cbis è confermato. Si ribadisce a tale riguardo che, anche per la rilevazione del Conto Annuale, la classificazione delle strutture di ricovero di riferimento è quella presente nell'anagrafica HSP. Infatti la classificazione delle strutture di ricovero, così come definita dai modelli HSP nell'ambito del sistema NSIS, viene comunicata alla RGS-IGOP e recepita nell'ambito del sistema SICO. Ciò premesso, si evidenzia la Fondazione Monasterio (codice NSIS 090907) risulta classificata nell'anagrafica HSP come Ente di ricerca, pertanto struttura equiparata al pubblico tenuta, per effetto della normativa vigente, all'invio dei dati del personale attraverso la tabella 1C bis, come peraltro tutte le altre strutture di ricovero equiparate.

  Non si comprende pertanto la motivazione in base alla quale la Regione Toscana riporta nell'anzidetta nota richiamata sopra, che l'azienda Monasterio "NON deve compilare la tabella 1C bis".

  Per quanto, invece, attiene alle due case di cura private Pergolino Hospital srl (codice NSIS 090221) e Villa Cherubini Prosperius (codice NSIS 090214), queste effettivamente rientrano tra le case di Cura per le quali risulta sospeso temporaneamente l'accreditamento da parte della Regione. Si evidenzia che, non essendovi nel NSIS attualmente la possibilità di distinguere tali fattispecie, la casistica costituisce un'eccezione alla gestione standard dei flussi informativi. Si prende atto della richiesta della Regione di accogliere l'eccezione, ai fini della valutazione dell'obbligo informativo inerente tali case di cura private.

La Regione viene considerata adempiente con impegno; si chiede alla Regione di porre in essere le misure atte a determinare livelli di copertura e qualità in linea con gli obiettivi definiti per gli adempimenti 2014, sia per i nuovi campi della SDO sia per la Tabella 1C bis.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La Regione Toscana con un punteggio pari a 214 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia delle criticità per l'indicatore 1.2 "Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)" (già rilevata nel 2012).

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

In merito alla DGR 431 del 03/06/2013 della Regione Toscana, intesa e diretta a superare il mancato raggiungimento dello standard minimo di posti letto per post acuzie, atteso che tale numero risulta fissato con D.lgs 135/2012 in 0,7/1000 abitanti, seppure in sede di Comitato Lea fissato quale standard minimo di 0,35/1000 posti letto, si conferma che la Regione Toscana ha adottato una serie di iniziative per compensare la mancanza di posti letto dedicati alle post acuzie. In particolare con la suddetta delibera la Regione prevede una serie di azioni da attuare presso le aziende sanitarie per disporre modalità assistenziali per pazienti a minore complessità, azioni che nel complesso potrebbero colmare la mancanza dei 60 posti letto rispetto alla soglia decisa dal Comitato LEA, ritenendo pertanto adempiente la Regione.

F.2

ADEMPIENTE

La Base Dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2011-2012-2013) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 140,15 nel 2011, di 137,38 nel 2012 e di 131,52 nel 2014.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è lievemente eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, con un differenziale di 1,3 (26.3%) nel 2011, di 0,8 nel 2012 (25,8%) e di 0,97 nel 2013 (25.97%).

La Regione ha trasmesso documentazione integrativa i cui contenuti, a disamina effettuata, appaiono in linea con la valutazione sopra riportata.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La Regione Toscana con una percentuale nulla di DRG critici, si colloca nell'area dell'adempienza (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

La Regione Toscana svolge monitoraggio ex post. Dai dati presenti nel NSIS risulta che il campo Classe di priorità ha una valorizzazione del 75,46% (I semestre) e del 78,67% (II semestre). Il campo Prestazioni in I accesso ha una valorizzazione pari a 85,99% (I semestre).

H.1.2 Per quanto sopra esposto allo stato attuale non risulta possibile calcolare gli indicatori per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecodoppler dei tronchi sovraortici in quanto richiedono una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.

H.2 Monitoraggio ex ante

Dai dati pervenuti nel corso del 2013 risulta che la Regione non ha soddisfatto la percentuale di garanzia per la Classe D sia nella settimana indice di aprile che in quella di ottobre.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero
Dai dati pervenuti risulta che la Regione non ha raggiunto la soglia prevista sia per il Campo Data di prenotazione che per quello Classe di priorità sia per il Regime ordinario che DH.
H.4 Monitoraggio delle sospensioni
Dai dati presenti nel NSIS risulta che la Regione svolge attività di monitoraggio delle sospensioni.
H.4.2 La Regione con DGR 475/2014 fornisce le indicazioni per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.
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 è stata svolta.
H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa
La Regione Toscana dichiara che le Aziende USL assicurano la conoscibilità dell'informazione sui tempi di attesa delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale mediante pubblicazione dei relativi dati sui propri siti web. Inoltre aggiunge che sono in via di predisposizione linee guida regionali da impartire alle Aziende sanitarie al fine di omogeneizzare la tipologia delle informazioni pubblicate, assicurando una migliore fruibilità dell'informazione e la confrontabilità dei dati rilevati.

Ad integrazione di quanto sopra esposto, la Regione trasmette una nota con la quale evidenzia il raggiungimento delle soglie previste per il monitoraggio ex post e per il calcolo degli indicatori tramite la base dati regionali che alimenta il flusso informativo ex articolo 50 L. 326/2003.
Per il Monitoraggio ex ante dai dati inviati e confrontati con quelli in possesso del Ministero, si apprezza il trend positivo in relazione anche al soddisfacimento della garanzia dei tempi di attesa per un numero consistente di prestazioni.
Per il monitoraggio delle attività dei ricoveri, pur apprezzando l'impegno della Regione che ha portato ad un miglioramento nel tempo, si ricorda che il valore è al di sotto delle percentuali di corretta valorizzazione dei campi per il DH.

In relazione alla criticità relative al Monitoraggio ex post, come convenuto nella riunione del Comitato Lea del 17 dicembre 2014, è stato chiesto alla Regione di trasmettere le tabelle di transcodifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, laddove il codice della prestazione sia diverso dal codice nazionale del nomenclatore di specialistica ambulatoriale, nonché le tabelle di transcodifica delle strutture sanitarie, laddove la codifica delle stesse sia diversa dalla codifica di riferimento di cui al modello STS11, in modo da consentire la rielaborazione dei dati necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa.
La Regione ha trasmesso nel mese di gennaio 2015 le tabelle di transcodifica richieste. Dopo valutazione e analisi dei dati pervenuti dal competente ufficio della DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, la Regione viene considerata adempiente. Si ricorda alla Regione di prestare attenzione alle criticità sollevate per il monitoraggio ex ante e per il monitoraggio delle attività di ricovero.

<u>I) Controllo spesa farmaceutica</u>
VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA
La Regione Toscana ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 734,3 milioni di euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 11,35% del Fabbisogno sanitario regionale dello -0,46% (-30,7 milioni di euro). La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 340,7 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del Fabbisogno sanitario regionale del 1,55% (104,8 milioni di euro).
La Regione Toscana evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 74,1 milioni di euro.

La Regione, pur rispettando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, evidenzia il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.
Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.
Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.
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 2013.

Regione: TOSCANA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	500.488.112	7,43%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	8.956.360	0,13%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	9.787.144	0,15%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	9.873.150	0,15%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	252.636.667	3,75%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	61.127.773	0,91%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	9.793.332	0,15%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	51.334.441	0,76%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	734.301.457	10,89%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	6.739.999.343	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	764.989.925	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-30.688.468	-0,46%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**734.301.457**	**10,89%**
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	646.042.200	9,59%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	33.857.114	0,50%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	6.559.302	0,10%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	1.410.154	0,0209%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	3.408.131	0,05%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	348.170.832	5,17%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	6.739.999.343	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	235.899.977	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	9.082.000	0,13%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	0	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	50.423.272	0,75%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**340.686.674**	**5,05%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	104.786.697	1,55%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

Dalla documentazione prodotta si evince che gli obiettivi richiesti dall'adempimento sono stati raggiunti.

Per il 2013 si evince un miglioramento a livello di contabilità analitica che garantisce un miglioramento nella qualità dei dati. La Regione ha provveduto anche alla nomina di un responsabile del procedimento di attuazione della contabilità analitica in qualità del responsabile del settore "Finanza, contabilità, controllo e investimenti", dott. Lorenzo Pescini.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che non sono presenti variazioni rispetto all'anno precedente. Sulla base dei contratti in uso, all'art. 4 comma 2 è prevista la decadenza nel caso di inosservanza degli obiettivi di cui all'art. 2 comma 1.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, 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.

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre l'87% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE

Per l'anno 2012 la Regione risultava adempiente con impegno.

La Regione trasmette una nota nella quale specifica che sostiene maggiori oneri a carico del Fondo sanitario regionale per i percorsi di riabilitazione residenziale extraospedaliera per disabili gravi ospitati in alcune RSD (Residenze Sanitarie per Disabili) e CAP (Comunità Alloggio Protette); la documentazione inviata consente alla Regione di superare l'impegno.

Per l'anno 2013, alla Regione è attribuito un punteggio totale di 16 punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale dell'anziano non autosufficiente in cure domiciliari: 1 punto
Offerta assistenziale: 8 punti
Ripartizione degli oneri: 7 punti.

Si chiede alla Regione di verificare la coerenza tra i dati forniti nel Questionario e i dati forniti sul flusso FAR; la Regione infatti dichiara di non erogare trattamenti R1 sul territorio, ma sul flusso Far è presente una quota di persone con patologie croniche seguite con trattamenti residenziali intensivi.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 86%
Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 70,61%

Esito: Adempiente

Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 4,29

Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1

N. Pic erogate 8.413 Tasso di prese in carico 2,28

CIA Livello 2

N. Pic erogate 4.157 Tasso di prese in carico 1,13

CIA Livello 3

N. Pic erogate 714 Tasso di prese in carico 0,19

CIA Livello 4

N. Pic erogate 2.901 Tasso di prese in carico 0,79

Totale PIC erogate 16185

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 68,01%

Esito: Adempiente

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 90,79%

Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 4,57

Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		Totale assistiti(*)
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
100	0,03	7025	1,90	1015	0,27	8460	2,29	15773	4,50	791	0,21	350	0,09	1138	0,31	16894

(*) Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione.

La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbe non corrispondere con il valore in Totale assistiti. Infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che non sono stati adottati provvedimenti nell'anno 2013, 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) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Toscana risulta pari a 100 ovvero superiore al valore soglia fissato per l'esito di adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

Con DGR 599/2012 la Regione ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012, individuando, all'interno delle aree tematiche in esso indicate, gli obiettivi formativi di interesse regionale. Inoltre, in tema di pianificazione formativa la Regione ha attribuito un ruolo rilevante ai "poli di aria vasta" che, attraverso l'attività del Formas, costituiscono il punto di convergenza delle diverse programmazioni aziendali e di sviluppo di specifici percorsi formativi che costituiscono parte integrante del Piano formativo regionale.

Dichiara inoltre che allo stato attuale, risultano accreditati 19 provider ciascuno dei quali provvede autonomamente ad inviare la reportistica degli eventi formativi al COGEAPS.

Il manuale di accreditamento provider, implementato sulla base dell'Accordo Stato-Regioni del 2012, risulta inviato al Comitato Tecnico Regionale in data 3 aprile 2014 per il relativo parere. Con DGR 599/2012 sono stati definiti i ruoli e i compiti dell'Osservatorio regionale di cui si prende atto.

Ciò premesso, sulla base della documentazione prodotta, la Regione Toscana viene considerata adempiente per l'anno 2013; si resta in attesa del parere di cui sopra.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico-Terapeutici

ADEMPIENTE

Dall'analisi della documentazione trasmessa risulta che la Regione ha da anni avviato un monitoraggio costante di tutti i PDTA elencati nel Questionario, con particolare attenzione ad alcuni percorsi integrati Ospedale - Territorio.

La Regione dichiara di effettuare il monitoraggio dei PDTA individuati avvalendosi dell'ARS e di gruppi di lavoro formalmente istituiti ad hoc.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di garantire numerosi livelli ulteriori (esenzioni, dispositivi protesici, riabilitazione, farmaci, ecc.) e in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 4 comma 1, lettera c) del Patto della Salute, invia una relazione analitica sui livelli essenziali aggiuntivi erogati (nota del 2 settembre 2014).

Sono, inoltre, specificati i costi per l'anno 2013 (€ 60.880.572). Alla predetta somma vanno aggiunti € 346.428 relativi ad "ulteriori prestazioni finanziate con altre entrate aziendali proprie (prestazioni a pagamento)". Il totale è di € 61.227.000 e la Regione dichiara che tale importo risulta coerente con quello indicato nell'Allegato 5 al modello LA.

In realtà, dall'analisi dell'allegato 5 al modello LA risulta che la Regione eroga le prestazioni per un totale di € 12.970.000.

In risposta alla richiesta di chiarimenti sulla non coincidenza tra quanto dichiarato nel Questionario e quanto indicato nel modello LA, specie con riferimento ai costi, la Regione trasmette una nuova relazione analitica sui livelli essenziali aggiuntivi erogati nel 2013.

Nella nota sono specificati i costi relativi ai singoli livelli aggiuntivi garantiti, per un totale di € 61.668.572. Alla predetta somma vanno aggiunti € 308.428 relativi ad "ulteriori prestazioni finanziate con altre entrate aziendali proprie (prestazioni a pagamento)". Il totale è di € 61.977.000.

Tale importo risulta coerente con quello indicato nell'Allegato 5 al modello LA.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione Toscana con delibera 1117 del 01/12/2014, seppur con notevole ritardo (il termine era fissato a giugno 2013), ha recepito l'Intesa Stato-Regioni del 20/12/2012 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie.

La regione dichiara di aver concluso l'iter relativo all'accreditamento istituzionale.

In merito al recepimento del disciplinare tecnico allegato all'Intesa del 20/12/2012 fornisce informazioni su azioni attuate nel 2009 e non connesse al processo di riordino ed armonizzazione propriamente attuato con la suddetta Intesa.

aj) Sperimentazioni ed innovazione gestionali

ADEMPIENTE

La Regione ha compilato il Questionario in tutte le sue parti. Ha dichiarato di non aver legiferato in materia di sperimentazioni ed innovazioni gestionali e, alla data del 31 dicembre 2013, di avere in corso una sperimentazione gestionale denominata "Centro Riabilitazione Terranuova Bracciolini S.p.A.".

Per tale sperimentazione la Regione ha allegato la relazione annuale di verifica, dalla quale 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 compilato il Questionario in tutte le sue parti.

In merito alla medicina di laboratorio ha risposto a tutti i quesiti ed ha specificato che il processo di riorganizzazione della rete, come preannunciato per la verifica 2012 ad opera della delibera GRT 1235/2012, non è ancora stato avviato, poiché è in fase di attuazione sperimentale il progetto di piattaforma ICT che consentirà, in caso di esito positivo, la reale attuazione della riorganizzazione della rete con spostamenti di attività tra poli Hub e Spoke.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso il report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche in cui specifica che la nuova delibera n. 877 del 29 ottobre 2013 è stata emessa per consolidare il sistema di controllo rivolto a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni di ricovero ospedaliero, in attuazione del DPCM 10 dicembre 2009 "controlli sulle cartelle cliniche".

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 nel complesso di eseguire una percentuale di controlli pari all'11,4% nelle strutture pubbliche e 22,2% per le strutture private. Per quanto riguarda i risultati dei controlli, risulta non confermato il 7,81% delle cartelle cliniche per le strutture pubbliche e il 3,2% per le private. Si segnala, tuttavia, che la soglia del 10% dei controlli casuali non è raggiunta per la struttura "Presidio Elba".

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 5,30% e 7,8%, rispettivamente per le strutture pubbliche e private, dei controlli sulle cartelle cliniche. Nel campione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza, risulta non confermato il 19,62% delle cartelle cliniche controllate per le strutture pubbliche e il 3,7% per le strutture private.

Per quanto riguarda l'impatto economico dei controlli sanitari, per il campione casuale, il recupero a livello del budget dei ricoveri relativi all'anno 2013 a seguito dei controlli effettuati risulta essere

pari a 0,15% e 0,2%, rispettivamente per pubblico e privato, mentre per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza risulta essere 0,10% e 0,02%.
In seguito alla richiesta di fornire maggiori dettagli sui risultati del processo di controllo, sugli effetti economici e sulle ulteriori misure adottate non ad impatto economico finanziario indicate all'interno del Report, la Regione trasmette opportuna documentazione.
Inoltre, in seguito all'indicazione nell'anno 2013 degli effetti economici successivi ai controlli disaggregati per ciascun erogatore pubblico e privato accreditato, può ritenersi superato l'impegno per l'anno 2012.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE
La Regione dichiara nel Questionario i singoli importi dell'elenco 1,2,3 di cui al DM 332/1999, che coincidono con quanto inserito nel modello LA alla riga 20700.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE
Dall'esame del Questionario si evince la corretta compilazione della tabella degli indicatori ed il soddisfacente valore, relativo allo standard del 100% di strutture in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000, la cui precedente errata indicazione era stata oggetto di colloqui esplicativi con i referenti regionali. Si valutano positivamente i restanti indicatori presenti in tabella, e si segnala tuttavia che l'indicatore n. 7 "Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica con ricovero in hospice <=7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica" risulta elevato.
Si ritiene utile evidenziare, in via collaterale, che relativamente all'istituzione della rete di terapia del dolore, permane una risposta negativa, nonostante il successivo invio di documentazione (che ha già formato oggetto di positiva valutazione) attestante l'assolvimento dell'adempimento.
Per quanto su esposto, si può considerare assolto l'impegno relativo all'anno 2012; inoltre, in considerazione della numerosità delle iniziative adottate in materia, la Regione è considerata adempiente.

AO.2
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.
Indicatore di completezza per ASL
Disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento: SI
Esito: Adempiente
N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 20/23 (87%)
Esito: Adempiente.

AO.3
ADEMPIENTE
La Regione risulta avere ottemperato agli adempimenti evidenziati nella tabella relativa al percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE
Gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl hanno consentito nel 2013 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, così come previsto dall'Accordo "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'allegato C del DPCM 1 aprile 2008" del 13.10.2011.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha effettuato il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni, compilando la tabella relativa al punto in questione dalla quale emerge che sono rispettati i requisiti richiesti.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la tabella relativa al punto dalla quale emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni superano il valore del 60% richiesto per una valutazione positiva.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione ha trasmesso diversi documenti attestanti l'attività di formazione per gli operatori sul tema della sicurezza dei pazienti.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Check list di chirurgia; dall'indagine è emerso che 162 UO chirurgiche regionali su 167 utilizzano la Check list di chirurgia. Il criterio per l'adempienza (percentuale del 75%) è raggiunto.

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione non ha trasmesso la documentazione richiesta, dichiarando che il report è in corso di elaborazione.

AS.6 Prevenzione delle cadute

La Regione inoltra la DGR 10/2010 relativa alla prevenzione delle cadute.

AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES.

La Regione invia la DGRT 101/2009 relativa alla individuazione del gruppo di esperti per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES; non allega ulteriore documentazione.
La Regione risulta adempiente per gli aspetti valutativi, ma insufficiente per alcuni aspetti informativi.

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

Rispetto all'indicatore:

- "Numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici nell'anno 2013" la Regione dichiara 18 punti di prenotazione/accettazione;
- "Numero di prenotazioni effettuate nell'anno 2013" la Regione dichiara 10.252.393 prenotazioni effettuate nell'anno 2013;
- "Misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate nell'anno 2013" la Regione dichiara 7.545.620 prenotazioni e 6.903.541prestazioni;

- “Rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell’anno 2013” la Regione 626.786 prestazioni non erogate.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all’anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 16,77%

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 100%

Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell’indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all’anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012: 102%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d’uso: Numero dei record con codice sostanza d’uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: 100%

Il codice 99 non noto/non risulta è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell’indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 464

Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,33.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La relazione predisposta dalla Regione descrive conformemente a quanto richiesto lo stato dell’arte delle attività di progetto, le iniziative in corso e l’architettura tecnologica adottata e il ruolo del FSE nel contesto del sistema informativo regionale (CART). La Regione non ha invece fornito specifiche informazioni in merito ai servizi per il collegamento e l’abilitazione all’accesso e all’alimentazione del FSE da parte dei MMG/PLS, nonché delle strutture sanitarie, a supporto dell’interoperabilità del FSE, disponibilità dei servizi per la gestione dei referti di laboratorio, disponibilità dei servizi per la gestione del profilo sanitario sintetico.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

AAE.1 Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi per l'attività dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta

Sono state effettuate la maggior parte delle visite di verifica e sono state avviate le operazioni per la convalida dei processi di congelamento del plasma.

AAE.2 Caratteristiche e funzioni delle strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali

Il requisito è stato inserito negli obiettivi qualitativi e quantitativi 2013 del sistema trasfusionale toscano.

AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue ed emocomponenti

La Regione ha finanziato attività per l'implementazione delle buone prassi all'interno dei Servizi Trasfusionali ed inoltre sensibilizzazione e informazione sulla donazione.

I Centri Qualificazione Biologica (CQB) sono stati ridotti da 40 a 3 mentre gli ST, sede di lavorazione per altre AO, sono passati per la ASL6 da 4 a 1, per la ASL8 da 5 a 1, per la ASL10 da 4 a 1 e per la ASL11 da 3 a 1.

AAE.4 Definizione percorsi regionali di assistenza per le persone affette da Malattie emorragiche congenite (MEC) – Accordo Stato-Regioni 13 marzo 2013

Non è stato ancora recepito l'Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

La Regione Toscana, unitamente al Questionario, ha inviato documentazione sufficiente a verificare il superamento dell'adempienza con impegno relativa alla verifica 2012.

In merito all'anno 2013, dai documenti inviati e dal cronoprogramma relativo alla realizzazione nei Punti Nascita con meno di 500 parti/anno (Barga, Piombino, Bibbiena) delle azione finalizzate al conseguimento degli standard operativi, di sicurezza e tecnologici di I livello previsti dall'Accordo del 16/12/2010, si rileva che alcuni di questi requisiti saranno pienamente effettivi tra il 2015 e il 2016. Si apprezza lo sforzo nel dare compimento alle azioni di riorganizzazione del percorso nascita, tuttavia, è necessario che la Regione chiarisca gli intenti relativi ai PN di Barga, Piombino, Bibbiena che, da quanto emerge dal cronoprogramma, saranno mantenuti attivi nel 2015-2016, ciò in contrasto con quanto sottoscritto nell'Accordo che prevede la tendenza ai 1000 parti l'anno per il mantenimento/attivazione dei punti nascita.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE

- Emergenza – urgenza territoriale
  Relativamente a tale ambito la Regione, nell'anno 2013, ha emanato 3 DGR (n. 237, n. 117 e n. 76) e 1 decreto dirigenziale (n. 3881) al fine di ridefinire la rete di emergenza e delle Centrali Operative (CO). Il sistema di emergenza urgenza territoriale nell'anno 2013 è stato così articolato:
  - le CO 118 sono 12, di cui una per ciascuna delle 10 province e 2 di livello sotto provinciale, situate ad Empoli e a Viareggio. Tuttavia la Commissione tecnica 118, istituita con il suddetto decreto dirigenziale, ha previsto un nuovo assetto nel quale saranno operative 6 CO 118, individuate presso le Aziende di Pistoia, Livorno, Siena, Arezzo, Firenze e Viareggio, che avranno funzioni sia di emergenza che di urgenza
  - i mezzi di soccorso avanzati, con a bordo personale sanitario medico e/o infermieristico, sono passati da 158, attivi al 31/12/2001, a 145 al 31/12/2013. Di questi, in particolare, 73

ambulanze hanno un equipaggio composto da medico e soccorritori volontari, 38 sono automediche con medico ed infermiere, 7 hanno a bordo medico, infermiere e soccorritori volontari e 27 hanno infermiere e soccorritori volontari
- tutte le CO hanno avviato specifici incontri, anche in relazione al NUE 112, con i Comandi dei Carabinieri, con i Vigili del Fuoco, con gli Enti di protezione civile ed il Soccorso Alpino. In particolare, con questo ultimo, è stata prorogata la convenzione regionale già in essere al fine di continuare a garantire l'assistenza in caso di soccorso a persona in stato di pericolo sulla rete escursionistica e nei luoghi impervi del territorio
- il servizio regionale di elisoccorso è costituito da 3 basi operative, una per ciascuna Area Vasta, localizzate presso l'Ospedale Santa Maria Annunziata (ASL 10 Firenze), l'Ospedale Misericordia di Grosseto (ASL 9 Grosseto) e l'Aeroporto del Cinquale (ASL 1 Massa Carrara)
- le "Procedure infermieristiche di emergenza sanitaria territoriale 118", approvate con DGR, garantiscono la standardizzazione delle prestazioni svolte dal personale infermieristico a bordo dei mezzi di soccorso
- l'assistenza sanitaria urgente è prevista nelle piccole isole dell'arcipelago toscano e nei comuni montani di zone disagiate o molto disagiate. Infatti, in tali contesti, si stanno sperimentando dei modelli di assistenza nei quali si realizza la fusione dell'attività tipica delle cure primarie e della continuità assistenziale con quella del sistema emergenza urgenza.

- Emergenza – urgenza ospedaliera

  Il Gruppo regionale Formatori Triage, istituito nell'anno 2008, svolge attività di formazione, aggiornamento, verifica ed innovazione e nei PS è stata attivata una sperimentazione sulla metodica "See and Treat". In particolare, 6 PS hanno già terminato la fase di sperimentazione e 20, di cui 2 pediatrici, attiveranno la fase start-up. Infine sono stati aperti 7 PPI nelle zone distanti dai PS.
- Rete delle patologie tempo dipendenti
  - Il monitoraggio della rete Sindrome Coronarica Acuta viene svolto attraverso gli indicatori presenti nel bersaglio del Laboratorio Mes e da quelli del PNE. Inoltre, nell'anno 2013, sono stati condotti audit strutturati in diverse Asl della Toscana, in particolare nell'Asl 7 di Siena ed al Centro Regionale Rischio clinico. In particolare, sono aumentati i centri di emodinamica in grado si effettuare interventi di angioplastica, anche se la procedura primaria è ancora prevalentemente a carico dei centri Hub
  - le attività della rete Trauma sono state monitorate presso le Terapie Intensive regionali, con la collaborazione dell'Istituto Mario Negri di Milano, e attraverso specifiche relazioni dei Responsabili del servizio di elisoccorso, per la centralizzazione dei traumi. La rete prevede anche la gestione del "grande ustionato" e dei "traumi della mano" con definizione dei criteri per il trasferimento ai centri di alta specialità (centro grandi ustionati dell'AOU di Pisa e SOD chirurgica della mano dell'AOU di Firenze).

    Infine il trauma nell'emergenza pediatrica viene gestita dal Trauma Center Pediatrico dell'AOU Meyer che è collegato con i PS, le Pediatrie e le Ortopedie degli Ospedali, nonché con le CO 118 e le eliambulanze.

Ad integrazione di quanto sopra riportato, la Regione trasmette in data 8 gennaio 2015 documentazione integrativa relativa alla rete dell'Ictus, in particolare la DGR n. 1186 del 15 dicembre 2014 con la quale:
- approva i documenti "Prime Linee di indirizzo alle Aziende per la realizzazione della rete "Ictus e "Sistema di monitoraggio: compiti e funzioni dell'organismo regionale di monitoraggio per la progettazione e gestione del PDTA ictus (O.R.P.G.)";
- indica, a ciascuna azienda sanitaria toscana, di definire, con proprio atto da rendere operativo entro il 31 gennaio 2015, un Piano progettuale per uniformare le procedure e le dotazioni del sistema di Emergenza Urgenza agli standard raccomandati all'interno di ciascuna Area Vasta, secondo lo schema dei progetti di miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure;
- assegna un finanziamento regionale per la realizzazione di quanto deliberato.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2013 risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 88,81%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con ASL e comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 98,45%

Esito: Adempiente

Numero accessi in PS per 1000 residenti: 346,4

Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:

N. Accessi EMUR PS per triage all'accesso

B 332.952 V 682.143 G 245.830 R 18.252 N 11 Totale 1.279.188

N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso

B 272.993 V 842.103 G 128.973 R 11.438 N 195 N.A. 23.486 Totale 1.279.188

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2013 risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 109,71%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/ totale record campi data-ora: 100,00%

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/ totale record campi data-ora: 98,45%

Esito: Adempiente.

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).

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

Con la DGR 1231/2012 la Regione Toscana ha approvato lo schema di accordo per la Medicina Generale con il quale sono stati definiti criteri e modalità per l'individuazione e la costituzione 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. Al 31 dicembre 2013 sono state attivate 115 AFT che vedono la collaborazione di 2.786 Medici di Medicina Generale ed il pieno utilizzo di supporti informatici per la gestione della scheda sanitaria individuale. Sono state inoltre attivate 28 Case della Salute che garantiscono la continuità dell'assistenza per 24 ore e sette giorni su sette nella maggior parte dei casi. A partire dalle realtà in cui sono presenti le Case della Salute è previsto l'avvio delle UCCP.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La Regione Toscana ha inviato la documentazione relativa ai percorsi terapeutici riabilitativi e quella concernente il monitoraggio.

La Regione presenta, per l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2013, una variazione positiva percentuale al di sotto del valore medio nazionale pari a 12,9 e registra un trend negativo nel triennio 2011-2012-2013.
Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza la Regione presenta un posizionamento positivo rispetto al valore Italia e un trend in miglioramento rispetto all'anno 2012 (vedi tabella allegata).

aaj) prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE
La Regione Toscana risulta sufficiente per 4 item su 5.
Per gli indicatori di performance si riscontra in particolare un livello di attività insoddisfacente per la percentuale dei campioni svolti per il controllo sanitario sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione e per il controllo dei residui fitosanitari.
Per i flussi informativi veterinari ha conseguito un buon livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (punteggio pari all'84,5%) ma è risultata sufficiente solo per 3 indicatori vincolanti su 6. In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili oltre che una non corretta modalità di rendicontazione dell'attività riconducibile ai controlli ufficiali per la ricerca di residui fitosanitari e per il controllo ed eradicazione della Scrapie (vedi tabelle allegate).

aak) linee guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
Stante quanto risulta dal valore assunto dall'indicatore calcolato dalla Regione "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale / totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini", le strutture che hanno attivato servizi di refertazione digitale, costituiscono il 60% delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini.

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 4 anni. Benché la Regione abbia raggiunto ottimi risultati sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, nella quale mostra uno scostamento minimo rispetto al tetto del 11,35% (11,65% del FSR, con uno scostamento pari allo 0,3% corrispondenti a circa 20 mln di euro), ha ancora margini di miglioramento nella regolamentazione della spesa farmaceutica regionale rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 14,85% del FSR (16,7% nel 2013 al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci", rispetto alla somma dei tetti 11,35% + 3,5%), a causa di un'elevata spesa ospedaliera.
La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica allegata al Questionario.
La riduzione della spesa farmaceutica territoriale nel 2013, con un risparmio pari a circa 12 mln di euro rispetto all'anno precedente, è dovuto principalmente all'individuazione e al raggiungimento degli obiettivi annuali di appropriatezza prescrittiva per i farmaci in regime di erogazione convenzionale. La spesa farmaceutica territoriale della Regione risulta essere tra le più basse in Italia, dimostrando un'ottima gestione della spesa in questo ambito assistenziale.
Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, invece, la Regione fa registrare un'incidenza percentuale della spesa ospedaliera sul FSR tra le più elevate in Italia. Malgrado i risparmi derivanti dall'individuazione di obiettivi di appropriatezza prescrittiva, la spesa

farmaceutica ospedaliera della Regione Toscana si attesta intorno ai 340 milioni di euro per l'anno 2013, che sebbene risulti più bassa rispetto al 2012, rappresenta uno scostamento percentuale dell'incidenza della spesa sul FSR del 5,05% sul FSR (rispetto al tetto programmato del 3,5%) con uno scostamento del +1,55%, tra i più elevati in Italia, secondo solo a quello della Regione Puglia.
La Regione non si è dotata di un prontuario terapeutico ospedaliero di livello regionale.
Infine, la Regione ha garantito un accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in tempi medi 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 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 99% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.
Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 97% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 99% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

ADEMPIENTE

La regione Toscana ha inviato le DGRT 69/2013 e 1235/2012 che attivano la riorganizzazione del SSR. La Regione precisa inoltre che nell'applicazione della disciplina contenuta nella DGRT 1235/2012 non poteva prescindere dal recepimento del documento approvato dal Comitato Lea del 26 marzo 2012 e che l'applicazione graduale degli standard ha portato una riduzione delle strutture complesse e semplici. In particolare riporta una tabella che evidenzia la riduzione delle strutture per gli anni 2012 e 2013 e nella quale si dichiara che la Regione sta provvedendo a sollecitare le Aziende ad operare una ulteriore riduzione delle strutture al fine di raggiungere il numero di unità operative complesse e semplici previste dal parametro standard.
Dai dati del Conto Annuale inizialmente si evidenzia che la Regione non ha raggiunto la copertura totale del flusso informativo Tab.1G per l'anno 2013; la Regione, tuttavia, ad integrazione della precedente documentazione, trasmette in data 16 gennaio 2015 una nota a firma del Responsabile del Settore finanza, contabilità e controllo della Regione in cui si afferma che la Tab.1G del Conto Annuale 2013 risulta compilata da tutte le Aziende della sanità toscana, confermando una copertura del 100% del flusso NSIS.
Si informa la Regione che il numero delle strutture complesse da standard, elaborato in base ai posti letto ospedalieri pubblici (10.840 PL) attivi al 1° gennaio 2013 è pari a 892 e il numero di strutture semplici, elaborato in riferimento alla popolazione residente (3.692.828 ab.), è pari a 1169.
La Regione ha inviato la DGR 1159 del 9/12/2014 che recepisce l'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione trasmette, in data 7 ottobre 2014, la DGR 799 del 29 settembre 2014 recante “Recepimento Accordo Stato-Regioni sul documento "Piano sulla malattia diabetica. Destinazione risorse finanziarie a favore delle Aziende Sanitarie toscane, al fine di realizzare le progettualità di cura per la malattia diabetica”.

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	**RISPOSTA**	**VALUTAZIONE**	**RISULTATO**	**NOTE**
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**99,80%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**86,49%**	**0**	**0,0**	
9	RIA 11	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	**100,00%**	**2**	**3,0**	

10	STS.14	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	**99,59%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**98,10%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
14	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%	**99,99%**	**2**	**6,0**	
15	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%	**87,24%**	**0**	**0,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**47,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	**PUNTEGGIO**	**VALUTAZIONE**	**RISULTATO**	**NOTE**
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**99,72%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	

4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**1,77**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**1,88**	**2**	**4,0**	

6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**1,98**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**1,83**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**0,00**	**0**	**0,0**	La Regione non raggiunge la copertura del 95% pertanto anche la qualità è valutata insufficiente.

9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**1,76**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**1,95**	**2**	**1,0**	

11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,96**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**2,00**	**2**	**4,0**	

13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**2,00**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,008%**	**2**	**6,0**	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**85,16%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**48,0**	**BUONA**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**47,0 - ADEMPIENTE**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**2**	**48,0 - BUONA**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		peso	**risultato**	**risultato*peso**	***Note***
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**2**	**4**	
						8	**ADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza.

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	

208	Malattie delle vie biliari senza CC	
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	

369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (Contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	9%	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	84,5%	15
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/ (numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80%	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	97,8%	15
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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	U.3: 21,8% Indicatore Griglia LEA: 66% % missing: 5%	30

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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 37,1% Anno2012: 37,2% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 45,3%	0
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 9,5% Anno2012: 10,3% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 4,6%	0
U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	<u>Definizione PASSI:</u> Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati <u>Definizione Istat:</u> Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 24,7% Anno 2102: 25,5% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 35,9%	0
U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	9,6%	10

U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 94,0%	0
U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 90,2%	0
U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 75,6%	0
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**100**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	11,7	14,7	11,4	13,5	12,9	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	23,1	10,2	24,7	10,5	23,7	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	4,3	9,3	4,3	9,1	3,7	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	**≥ 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 effe+D5:E8+D5:F6ttuati <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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	**≥ 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	**≥99,7%**	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	<95%

4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	**≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma**	≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	**attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie**	attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte
7	**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**	**>= 98%**	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%
8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	<160 e ≥120	**<120 e ≥50**	< 50
9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	**≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre**	< 70% in almeno 2 categorie

10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 72/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Numero indicatore	Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità					
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	*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**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.Lgs 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	6	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	**2**	**12**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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***	**2**	**8**	
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	4	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***	**2**	**8**	
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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (19% pari a 1952 controlli su 10230)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	***non inviato entro la data prevista (registrazione con tempi non corretti per polli da carne o ovaiole)***	*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 [vedere annotazione]	*< 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"***	**1**	**6**	
9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	*<85% di bovini morti testati per BSE*	***≥ 85% di bovini morti testati per BSE***	**2**	**6**	
10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	

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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	***invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento (dati non pervenuti)***	*invio corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	corrispondenza tra i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	*corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea*	**0**	**0**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	
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 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*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, D.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	*< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	***≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report***	**2**	**12**	

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 OGM negli alimenti - anni 2012-2014	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	***validazione effettuata entro la scadenza prevista***	**2**	**8**	
16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, 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 annotazione]	*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***	**2**	**10**	
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	*< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati*	***≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati***	**2**	**10**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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 annotazione]	*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***	**2**	**12**	

19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	*arrivo dei dati oltre il termine*	***arrivo dei dati entro il termine***	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	***> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale (6 campi)***	*≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	**1**	**8**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	***meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato (9,09% pari a 20 riconoscimenti su 22 rilasciati senza condizionato)***	*almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato*	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	*meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	***almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04***	**1**	**4**	
21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	*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 2013 [vedere annotazione]	*tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013*	***tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013***	**2**	**10**	

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 D.Lgs n. 194 del 19.11.2008; DM 24/01/2011 "modalità tecniche per il versamento delle tariffe e la rendicontazione"	6	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 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	***allegato 3 inviato, corretto e completo***	**2**	**12**	
	TOTALE	**100**								**169**	

NON SUFFICIENTE punteggio pari al 84,5% ma sufficiente per 3 indicatori vincolanti su 6

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli richiesti. Sono state richiesti chiarimenti in merito alle discrepanze tra CE e SP e tra CE e LA. In relazione alle prime la Regione Umbria ha chiarito che le stesse sono dipese da modifiche avvenute a livello di strutture organizzative delle aziende 101 - 102 e 103 -204, convogliate rispettivamente nella 201 e nella 202. Per quanto riguarda le voci "R" non elise e per le quali sono state chieste ugualmente giustificazioni, sono stati forniti chiarimenti. La differenza tra CE E LA per le voci "R" è attribuibile alla contabilizzazione dell'Autosufficienza che viene registrata tra i costi e tra i ricavi nei bilanci aziendali, ma viene elisa a livello di riepilogo regionale. Alla luce dei chiarimenti sopra esposti si ritiene la Regione adempiente, raccomandando di provvedere alla contabilizzazione separata delle voci di spesa aventi natura socio-assistenziale da quelle sanitarie, in coerenza con il disposto normativo di cui al decreto legislativo 118/2011.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Si segnala, in via preliminare, che nella verifica 2012 la Regione Umbria era risultata adempiente con impegno a risolvere le criticità evidenziate sui flussi informativi STS24 (assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale) e STS21 (assistenza specialistica territoriale). Per i suddetti flussi non risultano presenti criticità per l'anno 2013. Da una prima valutazione risultava che la Regione doveva integrare la banca dati NSIS e dare riscontro all'Ufficio di Statistica sulle segnalazioni relative ai flussi informativi; doveva in particolare eliminare le criticità nei flussi informativi Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP), FLS21 (assistenza farmaceutica convenzionata e assistenza domiciliare integrata), HSP12 (posti letto per disciplina nelle strutture di ricovero pubbliche e equiparate), HSP14 (apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero). Si chiedeva alla Regione di prendere contatto con l'Ufficio competente per concordare le modalità operative di integrazione/correzione dei dati laddove necessario. Si chiedeva inoltre alla Regione, a conclusione degli aggiornamenti dei dati NSIS, 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. I riscontri forniti dalla Regione sono tali da poter considerare superate le criticità sulla qualità dei flussi informativi FLS21 (assistenza farmaceutica convenzionata e assistenza domiciliare integrata), HSP12 (posti letto per disciplina nelle strutture di ricovero pubbliche e equiparate), HSP14 (apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero). Per quanto attiene, invece, al flusso informativo Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP) 2013, che risultava pari al 86,10% dei parti rilevati per il medesimo anno nella Scheda di Dimissione Ospedaliera, la Regione ha effettuato in data 10 novembre 2014, un'ulteriore trasmissione dei dati a seguito della quale la copertura risulta pari al 97,80%, valore inferiore alla soglia del 98% definita per l'adempimento. Si segnala inoltre che, alla data del 1° dicembre 2014, la Regione ha iniziato a revisionare i dati relativi ai posti di assistenza sanitaria territoriale residenziale per anziani dell'anno 2013, ai fini della corretta rilevazione del numero di tali posti disponibili presso le strutture territoriali, in coerenza con i criteri riportati nelle note di compilazione del modello STS24. La Regione viene considerata adempiente con impegno a migliorare la tempestività nell'invio dei dati e del Certificato di assistenza al parto e la completezza degli stessi. Inoltre la Regione deve migliorare la qualità delle informazioni rilevati dai flussi informativi STS11 e STS24 (DM 5 dicembre 2006 – Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie), con particolare riferimento ai dati afferenti l'assistenza territoriale agli anziani (vedi tabelle allegate).

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE
La Regione Umbria con un punteggio pari a 179 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano in particolare le criticità per gli indicatori 7 "Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario" e 8 "Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI".

f) Assistenza ospedaliera

F.1
ADEMPIENTE
Dalla Base Dati nazionale risulta che, a gennaio 2014, la Regione Umbria ha una dotazione di 3.158 posti letto, pari a 3,52 per 1.000 abitanti, di cui 3.11 per pazienti acuti (2.788 posti letto) e 0,41 per riabilitazione e lungodegenza (370 posti letto).
La Regione deve effettuare la validazione dei flussi informativi HSP12 e HSP13 in base dati 2014.
In relazione alla tematica inerente l'offerta dei posti letto regionali, la Regione non ha trasmesso documentazione, in quanto già in linea con il disposto normativo in questione.

F.2
ADEMPIENTE
La Base Dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2011-2012-2013) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 155,9 nel 2011, di 152,52 nel 2012 e di 148,00 nel 2013.
La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è inferiore al 25% negli anni di riferimento: 22,2% nel 2011, 21,3% nel 2012 e 20,85% nel 2013. Si segnala che tale ultimo valore è immediatamente al di sopra del limite inferiore del 20% previsto per la positiva valutazione della componente diurna.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione, con una percentuale pari al 16% di DRG critici, compresa tra il valore mediano (10%) e il terzo quartile (18%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza con impegno.
Si segnalano le criticità per i DRG 047, 051, 055, 158, 160, 183, 189, 208, 283, 329, 333, 340, 377, 503, 563, 564 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE
H.1 Monitoraggio ex post
La Regione ha svolto attività di monitoraggio ex post. Dai dati pervenuti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) risulta che i Campi "Asl di erogazione", "Classe di priorità", "Garanzia Tempi attesa" e "Struttura sanitaria erogatrice" presentano una valorizzazione inferiore alla soglia prevista (90%) sia nel I semestre che nel II semestre.
H.1.2 Non è possibile calcolare gli indicatori per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecodoppler dei tronchi sovraortici (previsti per la valutazione di adempienza) che possono essere misurati quando risulta una qualità > 90% dei campi necessari al calcolo.
H.2 Monitoraggio ex ante
Dai dati in nostro possesso risulta che la Regione ha svolto il monitoraggio ex ante solo nel periodo indice del mese di aprile 2013 nel quale non raggiunge la percentuale di garanzia prevista (90%).
H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero
Dai dati pervenuti risulta che la Regione presenta una percentuale di corretta compilazione del Campo Data di prenotazione pari al 67,95% per DH, mentre supera la soglia per gli altri valori.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni

Dai dati pervenuti da NSIS non risulta che la Regione effettui il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

H.4.2 Indicazioni per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.

La Regione Umbria ha fornito indicazioni per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni delle prenotazioni attraverso il Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa 2011-2014. Alle Aziende sanitarie è vietata la sospensione delle attività di prenotazione anche nei casi in cui si realizzino situazioni che impediscono l'erogazione delle prestazioni come ad esempio il guasto macchina. Ciascuna Azienda nei propri piani attuativi aziendali ha previsto procedure temporanee (es. percorsi di accoglienza dei pazienti, fotocopie delle impegnative e contatto telefonico successivo, percorsi di garanzia per pazienti cronici, ecc.) per l'inserimento delle richieste a sistema finalizzate a garantire la continuità del servizio.

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.

H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa

Al riguardo la Regione dichiara di effettuare periodicamente e in maniera sistematica la verifica della presenza sui siti web delle Aziende Erogatrici dei dati relativi ai tempi di attesa come da adempimento sugli obblighi di pubblicazione.

Tale verifica avviene trimestralmente attraverso un controllo interno raffrontando i dati pubblicati nei siti aziendali con il report mensile regionale utilizzato per il monitoraggio delle sospensioni-chiusure delle agende di prenotazione. Le eventuali criticità rilevate, trasmesse alle Aziende erogatrici utilizzando la Pec, devono essere sanate entro la settimana successiva all'invio, attivando azioni correttive specifiche da comunicare alla Regione.

In relazione alla criticità relativa al monitoraggio ex post, come convenuto nella riunione del Comitato Lea del 17 dicembre 2014, è stato chiesto alla Regione di trasmettere le tabelle di transcodifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, laddove il codice della prestazione sia diverso dal codice nazionale del nomenclatore di specialistica ambulatoriale, nonché le tabelle di transcodifica delle strutture sanitarie, laddove la codifica delle stesse sia diversa dalla codifica di riferimento di cui al modello STS11, in modo da consentire la rielaborazione dei dati necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa.

La Regione ha trasmesso nel mese di gennaio 2015 le tabelle di transcodifica richieste. Dopo valutazione e analisi dei dati pervenuti dal competente Ufficio della DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, la Regione viene considerata adempiente.

Si ribadisce, comunque, che la Regione deve provvedere alla piena risoluzione delle criticità sollevate sia per il Monitoraggio ex post, sia per il Monitoraggio ex ante, sia per il Monitoraggio delle attività di ricovero. Si prende atto, come dichiarato, che su queste problematiche la Regione ha avviato interventi che si auspica siano risolutivi in tempi brevi.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

La Regione Umbria ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 179,6 milioni di euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 11,35% del Fabbisogno sanitario regionale dello -0,30% (-4,8 milioni di euro). La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 78,1 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del Fabbisogno sanitario regionale del 1,31% (21,2 milioni di euro).

La Regione Umbria evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 16,4 milioni di euro.

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

Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.
Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.
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 2013.

Regione: UMBRIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	136.984.736	8,43%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	2.309.423	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	2.669.424	0,16%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	2.234.390	0,14%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	48.096.934	2,96%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	16.089.812	0,99%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	1.774.187	0,11%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	14.315.625	0,88%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	179.642.620	11,05%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	1.625.343.504	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	184.476.488	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-4.833.868	-0,30%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**179.642.620**	**11,05%**
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	134.228.717	8,26%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	8.200.864	0,50%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	1.486.799	0,09%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	130.374	0,0080%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	537.988	0,03%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	75.775.758	4,66%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	1.625.343.504	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	56.887.023	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	2.542.000	0,16%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	1.056.000	0,06%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	9.444.367	0,58%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**78.130.255**	**4,81%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	21.243.232	1,31%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione ha provveduto ad ottemperare agli adempimenti richiesti con l'aggiunta anche degli obiettivi richiesti per l'anno 2013 che attestano un avanzamento nell'attuazione della contabilità analitica. Ha provveduto, inoltre, con DGR 956 del 04/09/2013 a trasmettere 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 all'art. 3, comma 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, 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.
Ad integrazione della documentazione già trasmessa l'anno precedente la Regione ha provveduto ad inviare la DGR 1569 del 23 dicembre 2013.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, 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.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre l'60% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE

La Regione nel 2012 presentava una adempienza con impegno ad adeguare le quote a carico del Comune/assistito 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. In data 17/11/2014 la Regione invia una nota nella quale dichiara che con L.R. 4 giugno 2008 è stato istituito il fondo regionale per la non autosufficienza alimentato dal FNA, da risorse provenienti dal FSR e da risorse proprie del bilancio regionale afferenti al fondo sociale regionale. Conseguentemente, secondo la Regione, la quota di compartecipazione per i trattamenti socio-riabilitativi per pazienti psichiatrici è allineata con la normativa nazionale, in quanto viene integrata dal fondo sociale regionale, non attingendo dal Fondo Sanitario Regionale. Allega inoltre la DGR 1266/2014 con la quale si assegnano le risorse 2014 al Nuovo Piano Regionale Integrato per la Non Autosufficienza (PRINA). Alla luce di quanto sopra esposto si considera assolto l'impegno.

Per l'anno 2013 il punteggio totale riportato dalla regione è di 18 Punti, così ripartiti:

- Valutazione Multidimensionale dell'anziano non autosufficiente in cure domiciliari: 1 punto
- Offerta assistenziale: 9 punti
- Ripartizione degli oneri: 8 punti

Si invita la Regione a verificare la coerenza tra i dati forniti nel Questionario e i dati forniti sul flusso FAR, in quanto nel Questionario si dichiara l'assenza sul territorio di Trattamenti residenziali

intensivi a malati cronici non autosufficienti R1, mentre i dati del flusso FAR sulla distribuzione delle ammissioni attive per tipo prestazione mostrano che le strutture del Servizio Sanitario Regionale hanno erogato questo tipo di trattamenti.

S.3

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 45%

Esito: Adempiente con impegno ad integrare i dati mancanti

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 91,72%

Esito: Adempiente

Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 2,85

Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1

N. Pic erogate 1.386 Tasso di prese in carico 1,56

CIA Livello 2

N. Pic erogate 644 Tasso di prese in carico 0,73

CIA Livello 3

N. Pic erogate 114 Tasso di prese in carico 0,13

CIA Livello 4

N. Pic erogate 428 Tasso di prese in carico 0,48

Totale PIC erogate 2.572

S.4

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 52,93%

Esito: Adempiente con impegno ad integrare i dati mancanti

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 78,75%

Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 6,78

Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		Totale assistiti(*)
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
313	0,35	859	0,97	0	0,00	4.229	4,77	**5.368**	**6,09**	206	0,23	433	0,49	**639**	**0,72**	**6.007**

(*) Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione.

La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbe non corrispondere con il valore in Totale assistiti. Infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

La Regione risulta adempiente con impegno ad integrare i dati mancanti.

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione risulta adempiente in base alla DGR 957 del 4 settembre 2014. Con tale delibera, infatti, la Regione ha approvato il tariffario base per le prestazioni di assistenza ospedaliera di cui al DM 18/10/2012 in cui per le giornate eccedenti il valore soglia di 60 giorni in regime di lungodegenza è previsto l'abbattimento pari al 60%.

u) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione Umbria risulta pari a 100 ovvero superiore al valore soglia fissato per l'esito di adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

Per quanto concerne la programmazione formativa, la Regione, con DGR 270 del 25/03/2013 e con DGR 989 del 09/09/2013, ha individuato le attività formative per il personale dipendente e convenzionato del servizio sanitario regionale e affidate, per la realizzazione, al consorzio "Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica".

Con riferimento al punto 3 del Questionario, la Regione indica gli organismi deputati alle attività di monitoraggio della procedura di accreditamento senza indicare i risultati di tale attività. A tal proposito si fa presente che la Regione è tenuta a indicare l'elenco dei Provider regionali, riportando a margine delle rispettive posizioni eventuali criticità segnalate dagli organismi di controllo e monitoraggio, l'indicazione dell'ente accreditante regionale e dei relativi recapiti (Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012).

Inoltre, la Regione nel 2013 ha continuato ad accreditare eventi formativi erogati sia da soggetti provvisoriamente accreditati che da soggetti non accreditati; ciò non in linea con la normativa in materia, secondo cui, atteso il superamento del previgente "sistema eventi", i provider accreditati provvisoriamente attribuiscono direttamente i crediti agli eventi formativi.

Per quanto riguarda il punto 5, la Regione, con nota prot. n. 0087759 del 02/07/2014, ha inviato al COGEAPS i report degli eventi svolti nel 2013, procedura quest'ultima non conforme alla normativa in materia secondo cui i provider devono trasmettere, direttamente e tramite procedura informatica, i report contemporaneamente al COGEAPS e all'ente accreditante.

Pertanto, alla luce di quanto sopra esposto, la Regione, pur avendo adottato un proprio manuale di accreditamento dei provider regionali e predisposto un sistema informatizzato per accreditamento, allo stato, l'avvio delle nuove regole sull'accreditamento provider, appare come un percorso ancora in fieri, che presenta alcune rilevanti criticità sulle quali è necessario intervenire in maniera tempestiva.

In seguito alla richiesta di inviare una relazione sullo stato dell'arte della procedura di accreditamento dei provider regionali, la Regione dichiara che solo da gennaio 2014 si è adeguata alla normativa procedendo all'accreditamento dei provider regionali tramite procedura informatica e che, solo per gli eventi svolti nel 2014, i provider invieranno i report al COGEAPS e all'ente accreditante.

Inoltre, dichiara che per il 2013, anno di valutazione, ha continuato ad accreditare i singoli eventi e ha trasmesso direttamente i report al COGEAPS.

Ciò premesso, si segnala il ritardo con cui la Regione si è adeguata alla normativa in materia; pur tuttavia, considerando il percorso intrapreso e che la criticità di cui trattasi è di fatto superata, per l'anno 2013 la Regione si considera adempiente.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico-Terapeutici

ADEMPIENTE

La Regione nel corso del 2013, ha approvato:

- con DGR n. 978 del 09/09/2013 il "Protocollo operativo per la gestione dei pazienti con Infarto Miocardio Acuto con sopraslivellamento del tratto ST STEMI";
- con DGR n. 1384 del 09/12/2013 "il Protocollo operativo per il percorso diagnostico terapeutico riabilitativo integrato ospedale-territorio per minori affetti da ipoacusia permanente";
- con DGR n. 330 del 15/04/2013 le "Linee di indirizzo per la diagnosi precoce e la presa in carico multiprofessionale sui disturbi specifici del linguaggio".

La Regione, inoltre, ha trasmesso varie delibere inerenti la definizione di PDTA in ambito riabilitativo e cardiologico, datate 2014.

Anche se ai fini dell'adempienza non viene stabilita una soglia di PDTA avviati formalmente tra quelli riportati nel Questionario, si suggerisce di favorire l'implementazione di ulteriori PDTA, come espressione di Linee guida cliniche, che sono la manifestazione di tutela di fasce deboli quali la pediatria e l'oncologia.

La Regione dichiara di effettuare il monitoraggio dei PDTA tramite Survey periodiche.

Ad integrazione di quanto sopra, la Regione trasmette una nota con la quale illustra le attività intraprese nella definizione e monitoraggio dei PDTA ritenuti prioritari nella programmazione regionale quale espressione dell'implementazione di linee guida per le patologie cronico – degenerative.

Si apprezza l'impegno della Regione; si suggerisce comunque di consolidare e strutturare i monitoraggi avviati e di prevedere la definizione di ulteriori PDTA tra quelli suggeriti nel Questionario LEA che saranno oggetto di valutazione nei prossimi anni (e di trasmetterne l'atto formale appena disponibile).

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

La Regione comunica di garantire numerose prestazioni aggiuntive (protesica, integrativa, prestazioni agli invalidi di guerra).

La Regione trasmette, inoltre, la DGR 1523 del 23/12/2013 recante "Ricognizione delle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Regionale nell'anno 2013 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 2013 (Cap. 2272 - 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 2 Asl regionali.

Dal modello LA risultano garantite le stesse prestazioni indicate nel Questionario per un totale di € 1.000.000.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE

Si segnala, in via preliminare, che per l'anno 2012 la Regione era stata considerata adempiente con impegno a comunicare la completa conclusione delle procedure; la documentazione trasmessa permette di ritenere superato l'impegno.

La Regione conferma di aver concluso l'iter per la concessione dell'accreditamento istituzionale; ha inoltre recepito l'Intesa del 20 dicembre 2012 con DGR 726 del 2013.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La Regione Umbria ha trasmesso la scheda di rilevazione delle sperimentazioni ed innovazioni gestionali compilata in tutte le sue parti. Ha dichiarato di non aver legiferato in materia ed al 31 dicembre 2013 risulta in corso la sperimentazione "Prosperius RIA srl". Ha trasmesso i dati di mobilità e, tramite la relazione annuale di verifica anno 2013, sia dati di attività che i dati economici.

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

ADEMPIENTE

La Regione Umbria aveva già indicato ed allegato nel 2012 il Piano di riorganizzazione della rete laboratoristica. Con riferimento al punto relativo al service di laboratorio la Regione ha trasmesso la DGR 1402 del 10/11/2014 sulle Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete regionale di diagnostica di laboratorio. Con riferimento alla medicina di laboratorio ha risposto a tutti i quesiti proposti.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso il report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche in cui si riporta quanto previsto dalla normativa regionale di riferimento, la DGR 886 del 29/07/2013.

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 nel complesso di eseguire una percentuale di controlli pari al 12,92% nelle strutture pubbliche e 36,89% per le strutture private. Per quanto riguarda i risultati dei controlli, risulta non confermato il 19,65% delle cartelle cliniche per le strutture pubbliche e lo 0,08% per le private. Si segnala, tuttavia, che la soglia del 10% dei controlli casuali non è raggiunta per il Presidio ospedaliero di Orvieto; si richiedono chiarimenti al riguardo.

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 9,95% e 7,4%, rispettivamente per le strutture pubbliche e private, dei controlli sulle cartelle cliniche. Nel campione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza, risulta non confermato il 66,65% delle cartelle cliniche controllate per le strutture pubbliche e il 6,26% per le strutture private.

Per quanto riguarda l'impatto economico dei controlli sanitari, per il campione casuale, il recupero a livello del budget dei ricoveri relativi all'anno 2013 a seguito dei controlli effettuati risulta essere pari allo 0,13% e -0,05%, rispettivamente per pubblico e privato, mentre per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza risulta essere -0,06% e -0,07%.

In seguito alla richiesta di maggiore chiarezza sul metodo di calcolo nella definizione degli importi e delle percentuali indicate nelle tabelle relativamente agli effetti economici, la Regione trasmette idonea documentazione.

Si considera inoltre superato l'impegno per l'anno 2012, in seguito all'indicazione degli effetti economici successivi ai controlli disaggregati per ciascun erogatore pubblico e privato accreditato.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE

La Regione ha provveduto ad inviare la documentazione necessaria per la verifica.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso la DGR 943/14 recante "Istituzione rete cure palliative e terapia del dolore come disposto dalla L. 38 del 15/3/2010 - attuazione dell'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 di cui all'art. 5 L.38/2010 sui requisiti minimi e modalità organizzative per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati terminali e delle unità di cure palliative e di terapia del dolore".

Si valutano positivamente le iniziative intraprese dalla Regione Umbria; in relazione alla tabella degli indicatori per la verifica del raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi e strutturali (rif. DM 43/07), nel raccomandare di fornire, ove appropriato, anche il valore percentuale, si segnala che l'indicatore "Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica con ricovero in hospice <=7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica" risulta elevato.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di completezza per ASL

Disponibilità del dato per il 3° e 4° trimestre dell'anno di riferimento: SI

Esito: Adempiente

N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 3/3 (100%)

Esito: Adempiente

AO.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso la DGR 943/14 recante "Istituzione rete cure palliative e terapia del dolore come disposto dalla L. 38 del 15/3/2010 - attuazione dell'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 di cui all'art. 5 L.38/2010 sui requisiti minimi e modalità organizzative per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati terminali e delle unità di cure palliative e di terapia del dolore."

Presa visione della documentazione in parola e dato atto che la Regione risulta avere ottemperato agli adempimenti evidenziati nella tabella relativa al percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia, la Regione è considerata adempiente. Contestualmente si può ritenere assolto l'impegno relativo all'anno 2012.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Per l'anno 2012 la Regione è stata considerata adempiente con impegno ad attivare la sezione intramuraria per la tutela della salute mentale e a fare ogni sforzo per superare le problematiche relative ai carceri di Terni e Orvieto.

Dalle informazioni fornite nel Questionario 2013 emergono i seguenti elementi:

- la conclusione del percorso di convenzione dei locali non è imputabile alla ASL
- non è stata ancora attivata la sezione intramuraria per la tutela della salute mentale.

Relativamente all'anno 2013 si rappresenta quanto segue.

Gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl sembrerebbero aver consentito nel 2013 la dimissione di 2 dei 4 internati in OPG per i quali è stata disposta la proroga della misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno. La Regione fornisce la relazione richiesta sulle dimissione dei pazienti dagli OPG e la loro presa in carico da parte della ASL.

La Regione con DGR 973 del 30/07/2012 ha individuato formalmente strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali dei minori accolti dai CPA.

La Regione ha adottato una delibera per la realizzazione della specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale come previsto dall'Accordo "Integrazione agli indirizzi di carattere

prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'allegato C del DPCM 1 aprile 2008" del 13/10/2011, ma la sua attuazione e conseguente attivazione sembra essere ancora in una fase di programmazione.
Per superare le criticità del 2012 e del 2013 la Regione deve programmare ed attivare la specifica sezione intramuraria per la tutela della salute mentale.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha effettuato il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni, compilando la relativa tabella dalla quale emerge che sono rispettati i requisiti richiesti.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la tabella riportata nel Questionario; il rapporto tra le strutture che utilizzano UFA interne o esterne/in service per l'allestimento delle preparazione antiblastiche rispetto al totale delle strutture che erogano prestazioni oncologiche supera la soglia richiesta per l'adempienza.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione dichiara di non aver attivato formazione per gli operatori sanitari.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Check list di chirurgia; dall'indagine è emerso che 24 UO chirurgiche regionali su 32 utilizzano la Check list di chirurgia.

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione dichiara di non aver elaborato un report per il 2013.

AS.6 Prevenzione delle cadute

La Regione dichiara di non avere un piano per la prevenzione delle cadute.

AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione dichiara di non aver individuato un gruppo di esperti per l'analisi degli eventi sentinella né di aver attivato un sistema di monitoraggio con indicatori e standard per la valutazione dei piani di miglioramento.
La Regione risulta adempiente per gli aspetti valutativi ma insufficiente per tutti gli aspetti informativi.

at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

Rispetto all'Indicatore:

- Numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici nell'anno 2013 la Regione dichiara 696
- Numero di prenotazioni effettuate nell'anno 2013 la Regione dichiara 3.780.282
- Misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate nell'anno 2013 la Regione dichiara 3%
- Rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell'anno 2013 la Regione dichiara 2%

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 3,56%

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 99,81%

Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente.

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013/Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012: 99%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: 90,35%

Il codice 99 non noto/non risulta è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 270

Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,23.

Può ritenersi superato l'impegno riportato dalla Regione nella verifica 2012.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La relazione predisposta dalla Regione descrive sommariamente le funzionalità mentre relativamente all'architettura del FSE prevede di utilizzare il sistema di accoglienza regionale delle prescrizioni (SAR).

In seguito alla richiesta di fornire una relazione più dettagliata che consenta di valutare l'effettivo stato delle attività finalizzate alla realizzazione del FSE, la Regione trasmette adeguata documentazione.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

AAE.1 Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi per l'attività dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta

1.1 E' stata presentata attestazione del coordinatore del Centro Regionale Sangue con evidenza dell'effettuazione delle visite di verifica.

1.2 In Umbria non esistono Unità di Raccolta intese ai sensi della L. 219/2005.

1.3 E' stata presentata "attestazione" del coordinatore del Centro Regionale Sangue.

AAE.2 Caratteristiche e funzioni delle strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali

2.1 La Regione ha garantito adeguata partecipazione alle attività della Struttura Regionale di Coordinamento.

2.2 La Regione ha trasmesso documentazione non congruente (riferita al punto 4.1).

AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue ed emocomponenti

3.1 Sono stati effettuati 2 corsi ECM di formazione nel mese di giugno 2014.

3.2 Non risultano atti che attestino che siano stati ridotti i Servizi Trasfusionali Regionali che effettuano la lavorazione sangue raccolto e/o quelle che effettuano lo screening NAT e/o quelle che effettuano lo screening sierologico.

AAE.4 Definizione percorsi regionali di assistenza per le persone affette da Malattie emorragiche congenite (MEC) – Accordo Stato-Regioni 13 marzo 2013

E' stato recepito l'Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013 e definito un percorso dettagliato.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON PRESCRIZIONE

Preliminarmente, si rappresenta che l'ottemperanza concessa per il 2012 alla Regione Umbria faceva specifico riferimento alla necessaria formalizzazione della riorganizzazione materno-infantile tramite apposita DGR che la Regione ha regolarmente trasmesso.

Tale DGR (1040 del 4/8/2014) che puntualizza la riorganizzazione dei PN della Regione, compresa l'attivazione dei Sistemi in emergenza per madre e neonato (STAM e STEN), adotta le seguenti Delibere: n. 561 del 27/06/2014, n. 644 del 18/07/2014 e n. 653 del 24/07/2014 del Direttore generale dell'Azienda USL Umbria 1 che definiscono la tempistica di riorganizzazione dell'ospedale di Assisi con la chiusura dell'UO di ostetricia/neonatologia dell'ospedale di Assisi (entro il 31/07/2014) e la ridefinizione degli altri PN presenti nel territorio di tale ASL; Delibera n. 601 del 18/07/2014 del Direttore generale dell'ASL Umbria 2 che reca "Adozione di protocollo operativo integrato tra Azienda ospedaliera di Terni e Azienda USL Umbria 2", con la quale si ridefinisce la rete dei PN del territorio e si fornisce un cronoprogramma che rimanda a giugno 2015 la chiusura della UO di ostetricia/neonatologia di Narni.

Inoltre, la DGR 1040/2014 esplicita la tempistica di attivazione dello STEM entro il mese di dicembre 2014, mentre riguardo allo STAM parla di riqualificazione di tale servizio, garantito dalle singole Aziende nell'ambito della rete dell'emergenza/urgenza, in maniera integrata in coerenza con la riorganizzazione complessiva dell'area materno-infantile. Non si evince, pertanto, una puntuale tempistica della realizzazione di tale progetto, che non appare chiara nemmeno sulle tabelle Excel inviate dalla Regione. Infatti, in tali tabelle, che riportano la presenza nei punti nascita con meno di 500 parti/anno degli standard previsti dall'Accordo del 16/12/2010 per i PN di I livello, viene dichiarato: "STAM garantito a livello aziendale, in via di implementazione il servizio unico regionale". Altrettanto poco chiara appare nella DGR 1040 la tempistica di realizzazione dell'Integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri, sebbene corretta nei contenuti.

Pur prendendo atto dello sforzo concreto della Regione Umbria per dare compiuta realizzazione alla riorganizzazione di PN, così come previsto dall'Accordo del 16 dicembre 2010, comprovata dalla

chiusura del PN di Assisi, suscita perplessità il differimento del completamento della riorganizzazione agli anni 2014-2015. Si rimanda, pertanto, la decisione finale al Comitato LEA.
In sede di riunione del 29 gennaio 2015, il Comitato Lea ritiene di considerare la Regione adempiente con prescrizione ad attuare entro il 30 giugno 2015 quanto prescritto dall'Accordo del 16 dicembre 2010.
Pertanto, entro e non oltre il 30 giugno 2015 dovranno essere completate tutte le azioni di riorganizzazione del percorso nascita, così come previsto dalla DGR 1040/2014.
Per quanto riguarda in particolare l'Azienda USL Umbria1, dovrà essere effettuata:

- la messa a regime del Punto nascita di II livello individuato presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, con la presenza di tutti gli standard di sicurezza, tecnologici e organizzativi indicati nell'Accordo del 2010;
- la costituzione e attivazione dell'area Funzionale Omogenea Interaziendale materno-infantile (AFOI) prevista tra il PN di II livello di Perugia e l'U.O di Ostetricia e l'UO di neonatologia dell'Ospedale territoriale di Castiglione del Lago. Ciò deve concretizzarsi mediante l'integrazione e rotazione del personale del PN di Perugia con il personale dell'UO di ostetricia e dell'UO di neonatologia dell'ospedale di Castiglione del Lago; quest'ultimo dovrà altresì garantire la presenza degli standard di sicurezza, tecnologici e organizzativi indicati nell'Accordo.
  L'atto formale di intesa tra la Regione Umbria e l'ASL Umbria1 con il quale viene ufficializzata e messa a regime l'AFOI tra PN di Perugia e Ostetricia/neonatologia di Castiglione del Lago dovrà essere trasmessa al Comitato LEA entro i termini sopra previsti.
- la costituzione e attivazione dell'Area Funzionale Omogenea Interaziendale materno-infantile (AFOI) prevista tra il PN di II livello di Perugia e l'U.O di Ostetricia e l'UO di neonatologia dell'Ospedale territoriale Media Valle del Tevere. Ciò deve concretizzarsi mediante l'integrazione e rotazione del personale del PN di Perugia con il personale dell'UO di ostetricia e dell'UO di neonatologia dell'ospedale della Media Valle del Tevere; quest'ultimo dovrà altresì garantire la presenza degli standard di sicurezza, tecnologici e organizzativi indicati nell'Accordo.
- l'atto formale di intesa tra la Regione Umbria e l'ASL Umbria1 con il quale viene ufficializzata e messa a regime l'AFOI tra PN di Perugia e Ostetricia/neonatologia dell'Ospedale Media Valle del Tevere, dovrà essere trasmessa al Comitato LEA entro i termini sopra previsti.
- l'adeguamento, entro e non oltre il 30 giugno 2015, del PN di Gubbio-Gualdo Tadino (Ospedale di Branca) identificato come PN di I Livello e collocato all'interno della rete degli Ospedali dell'Emergenza-Urgenza, a tutti gli standard di sicurezza, tecnologici e organizzativi individuati nell'Accordo del 2010. Si rappresenta che tale PN, secondo i dati CEDAP 2013, non raggiunge volumi di attività superiori a 500 parti/anno (415 parti), pertanto, si invita la Regione Umbria a valutare l'opportunità di una rotazione del personale delle UUOO di ostetricia/neonatologia dell'Ospedale di Branca con il suo HUB di Perugia, con le stesse modalità previste nella costituzione delle AFOI tra l'Ospedale di Perugia e gli ospedali territoriali di Castiglione del Lago e Media Valle del Tevere, onde assicurare qualità e sicurezza del PN di Gubbio-Gualdo Tadino.

Per quanto riguarda in particolare l'Azienda USL Umbria2 dovrà essere effettuata:

- la messa a regime del Punto nascita di II livello individuato presso l'Azienda Ospedaliera di Terni con la presenza di tutti gli standard di sicurezza, tecnologici e organizzativi indicati nell'Accordo del 2010;
- la costituzione e attivazione dell'area Funzionale Omogenea Interaziendale materno-infantile (AFOI) prevista tra il PN di II livello di Terni e l'U.O di Ostetricia e l'UO di neonatologia dell'Ospedale di Narni, prevista dalla DGR n. 1040/2014 appare in contrasto con la prevista chiusura di tale PN espressamente indicata nella Delibera 601 del 18/07/2014 a firma del Direttore generale dell'Azienda USL Umbria2. Nel caso in cui la Regione Umbria non voglia attenersi a quanto indicato nella suddetta Delibera 601/2014, ma preveda, così

come indicato nella DGR n. 1040/2014, la costituzione dell'area Funzionale Omogenea Interaziendale materno-infantile (AFOI), oltre a prevedere l'integrazione e rotazione del personale del PN di Terni con il personale delle UUOO di ostetricia e neonatologia dell'ospedale di Narni, dovrà garantire la presenza degli standard di sicurezza, tecnologici e organizzativi indicati nell'Accordo.

Inoltre, la Regione dovrà trasmettere al Comitato LEA entro e non oltre il 30 giugno 2015 l'atto formale di intesa con l'ASL Umbria2 con il quale viene ufficializzata e messa a regime l'AFOI tra PN di Terni e l'Ostetricia/neonatologia dell'Ospedale di Narni.

- l'adeguamento, entro e non oltre il 30 giugno 2015, del PN di Orvieto, identificato come PN di I Livello e collocato all'interno della rete degli Ospedali dell'Emergenza-Urgenza, a tutti gli standard di sicurezza, tecnologici e organizzativi individuati nell'Accordo. Si rappresenta che tale PN, secondo i dati CEDAP 2013, non raggiunge volumi di attività superiori a 500 parti/anno (426 parti), pertanto, si invita la Regione Umbria a valutare l'opportunità di una rotazione del personale delle UUOO di ostetricia/neonatologia dell'Ospedale di Orvieto con il suo HUB di Terni, con le stesse modalità previste nella costituzione delle AFOI, onde assicurare qualità e sicurezza di tale PN;
- l'adeguamento, entro e non oltre il 30 giugno 2015, del PN di Spoleto, identificato come PN di I Livello e collocato all'interno di uno degli Ospedali della rete dell'Emergenza-Urgenza, a tutti gli standard di sicurezza, tecnologici e organizzativi individuati nell'Accordo del 2010. Si rappresenta che tale PN, secondo i dati CEDAP 2013, raggiunge volumi di attività appena superiori a 500 parti/anno (524 parti). Pertanto, si invita la Regione Umbria a valutare l'opportunità di una rotazione del personale delle UUOO di ostetricia/neonatologia dell'Ospedale di Spoleto con il suo Hub di Terni, con le stesse modalità previste nella costituzione delle AFOI, onde assicurare qualità e sicurezza di tale PN.

Inoltre, come previsto dalla DGR 1040/2014 l'attivazione e la messa a regime dello STEN e dello STAM dovrà avvenire entro e non oltre il 30 giugno 2015, così come, entro la stessa data, dovranno essere portate a compimento le azioni relative all'integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri per garantire la continuità assistenziale durante tutto il percorso nascita.

La Regione Umbria dovrà dare comunicazione al Comitato LEA dell'avvenuta ottemperanza alle prescrizioni impartite, inviando i relativi atti formali attestanti la realizzazione delle azioni contenute nella DGR 1040/2014.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione ha trasmesso un aggiornamento sullo stato di avanzamento della riprogrammazione della rete di emergenza e delle CO, nonché dell'istituzione delle reti assistenziali, in adempimento delle DGR emanate negli anni 2011, 2012, 2013 e 2014. Pertanto, in una relazione illustrativa aggiornata al 31 dicembre 2013, la Regione rende noto che nel territorio umbro sono presenti:

- 4 Aziende Sanitarie, 2 Aziende Unitarie Sanitarie Locali (Umbria1 e Umbria 2) e 2 Aziende Ospedaliere (di Perugia e di Terni)
- 3 Dipartimenti di emergenza-urgenza di I livello, un DEA unico articolato su due sedi (Ospedale di Città di Castello e di Branca), un altro DEA unico per l'Ospedale di Foligno e Spoleto e un DEA istituito presso l'Ospedale di Orvieto
- 2 Dipartimenti di emergenza-urgenza di II livello, presso l'AO "S. Maria della Misericordia" di Perugia e "S. Maria" di Terni
- 7 Ospedali, denominati della "Emergenza", tutti sedi di PS (Ospedale di Città di Castello e di Branca dell'AUSL Umbria 1, Ospedale di Perugia dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, Ospedale di Foligno, di Spoleto e di Orvieto dell'AUSL Umbria 2, Ospedale di Terni dell'Azienda Ospedaliera di Terni)

- 9 Punti di Primo Soccorso, integrati con gli Ospedali dell'Emergenza (Ospedale di Umbertide, di Assisi, del Lago, di Castiglione del Lago e della Pieve dell'AUSL Umbria 1 e Ospedale di Cascia, di Norcia, di Amelia e di Narni dell'AUSL Umbria 2)
- 34 "Postazioni" mobili, di cui 18 medicalizzate, nella stragrande maggioranza dei casi H24, coordinate a loro volta da 3 auto medicalizzate
- 1 C.O. Unica Regionale 118, su scala regionale localizzata all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, istituita con DGR 1586/11.

In riferimento all'articolazione e/o rimodulazione delle reti ad alta complessità tempo dipendenti, ictus, sindrome coronarica acuta e trauma, la Regione ha trasmesso le DGR di istituzione delle 3 reti ed ha comunicato che il monitoraggio delle attività viene effettuato tramite rilevazioni periodiche.
Il documento "Percorso clinico-organizzativo integrato del paziente con ictus" riporta come è stata prevista la gestione di tale rete. Sono stati individuati i Presidi Ospedalieri presso cui sono istituiti i centri di primo (Osp. di Castello, di Branca, di Città della Pieve, di Foligno e di Orvieto) e secondo livello (Osp. di Perugia e di Terni), le tre fasi concatenate per l'approccio allo Stroke (pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera) ed i requisiti che i centri devono possedere. Il documento "percorso regionale integrato di gestione del trauma maggiore" (trauma system) riporta il modello organizzativo regionale che prevede l'identificazione delle strutture in cui inquadrare il SIAT ed il percorso extra ed intraospedaliero per l'assistenza integrata; dal momento del trauma maggiore a quello della dimissione e della riabilitazione. Sono stati individuati: 2 Centri Traumi ad alta Specializzazione di riferimento regionale (Osp. di Perugia e di Terni) con il ruolo e le funzioni che devono svolgere, 2 Centri Traumi di Zona (Osp. di Castello e di Foligno), 3 Unità Riabilitative ad Alta Specializzazione (Osp. di Perugia, di Terni e di Foligno) e 4 Unità di medicina Riabilitativa (Osp. di Terni e di Umbertide, Presidio di Passignano e presidio Riabilitativo di Trevi). Il documento "Protocollo operativo per la gestione dei pazienti con infarto Miocardico Acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI)", prevede un sistema di rete di tipo "Hub & Spoke". I centri Hub attivi h24 per 7 giorni sono 3 (Perugia, Terni e Foligno) e i rispettivi centri Spoke sono tutte le strutture appartenenti alle precedenti ASL 2 e ASL 1 per il centro Hub di Perugia, le strutture della precedente ASL 4 per il centro Hub di Terni e le strutture della precedente ASL 3 per il centro Hub di Foligno.
Successivamente, la Regione trasmette, ad integrazione delle informazioni già fornite, i seguenti chiarimenti:

- il monitoraggio sull'attività delle reti delle patologie tempo dipendenti si avvale:
  - per la rete IMA, degli indicatori di qualità e performance elaborati dal Piano Nazionale Esiti. Per l'indicatore "percentuale di PTCA effettuate entro i 90 min." vengono consultati anche i registri dei laboratori di emodinamica (centri Hub)
  - per la rete ICTUS, degli indicatori che misurano la percentuale di ricoveri in Stroke unit, rispetto a tutti i casi di stroke, e il numero di trombolisi cerebrali effettuate negli stroke ischemici
  - per la rete TRAUMA MAGGIORE, degli indicatori relativi a monitorare la centralizzazione del paziente con trauma maggiore adulto e pediatrico.
- la DGR 1398 del 10/11/2014 recepisce l'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 e dà mandato al Servizio programmazione socio-sanitaria dell'assistenza distrettuale e ospedaliera di assumere iniziative e atti necessari per darne attuazione. Inoltre, tale DGR riporta che nel settembre 2013 è stata completata l'attivazione della Centrale Unica Regionale 118 e, pertanto, sono state messe in rete tutte le risorse regionali dell'emergenza regionale.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a chiarire, relativamente ai Dipartimenti di emergenza-urgenza di I livello, quali criteri sono stati utilizzati nell'identificare i due presidi di Città di Castello e Branca che si trovano ad una distanza > 60 Km.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 108,78% Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 99,87% Esito: Adempiente

Numero accessi in PS per 1000 residenti: 377,55

Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:

N. Accessi EMUR PS per triage all'accesso

B 46.023 G 45.709 N 23.899 R 1.655 V 217.315 Totale 334.601

N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso

B 41.643 V 229.414 G 38.018 R 1.521 N 24.005 Totale 334.601

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi al 2013 presenti nel NSIS, risulta:

Indicatore di coerenza

N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 109,24%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/ totale record campi data-ora: 100%

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/ totale record campi data-ora: 100%

Esito: Adempiente.

AAG.3

ADEMPIENTE

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 18 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21).

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

La Regione conferma l'organizzazione dell'assistenza primaria da tempo definita, che si esplica attraverso le Equipe territoriali, sotto forma di Nuclei di Assistenza Primaria (NCP) cui aderiscono tutti i medici convenzionati. La maggior parte di questi è strutturata in medicina di gruppo con sede unica e soltanto una piccola parte è strutturata in forma di medicina di associazione semplice e di medicina in rete. I Nuclei di Cure Primaria sono riconducibili alle AFT perseguendo le stesse finalità di sviluppo e promozione dell'assistenza territoriale nell'ambito dell'organizzazione distrettuale. Attualmente sono presenti nel territorio regionale 81 Equipe territoriali (NCP), 41 nella USL Umbria 1 e 40 nella USL Umbria 2. Tali Equipe sono diversificate in associazioni di Medici di Medicina Generale (45), di Pediatri di Libera Scelta (17) e di Medici di Continuità Assistenziale (19). La Regione inoltre conferma le due Case della Salute già attivate.

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 ancora in attesa di predisporre gli interventi per la relativa attivazione ad avvenuta approvazione del nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR).

La Regione fornisce la relazione sulle azioni individuate e poste in essere in merito alla riorganizzazione delle Cure Primarie dalla quale si evince, rispetto all'anno precedente un

incremento del numero delle Equipe Territoriali costituite da Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) divenute complessivamente 81.
Si chiede alla Regione di adottare atti formali di programmazione relativi all'istituzione delle AFT e UCCP, per i quali si rimane in attesa.

aai) Riabilitazione

AAI.1

ADEMPIENTE

La Regione Umbria ha inviato le DGR relative:

- alle procedure e percorsi per la presa in carico dei pazienti con lesione al midollo spinale documentazione relativa ai percorsi terapeutici riabilitativi e quella concernente al monitoraggio.
- ai percorsi assistenziali e riabilitativi della persona con Sclerosi Laterale Amiotrofica.
- linee di indirizzo per il trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).

La Regione non effettua il monitoraggio dei percorsi.
La Regione presenta per l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2013 una posizione positiva percentuale al di sotto del valore medio nazionale e registra un trend positivo nel triennio 2011-2012-2013.
Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza la Regione presenta una posizione negativa rispetto al valore Italia confermando anche un trend negativo nel triennio 2011-2012-2013 (vedi tabella allegata).

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La Regione Umbria risulta sufficiente per 4 item su 5.
Per gli indicatori di performance si riscontra in particolare un livello di attività insoddisfacente per il controllo dell'anagrafe ovicaprina, per la percentuale dei campioni svolti per la ricerca dei residui fitosanitari nonché sul livello di controllo ufficiale negli esercizi di commercializzazione e somministrazione degli alimenti.
Per i flussi informativi veterinari ha conseguito un elevato livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (punteggio pari al 90% e sufficiente per 5 indicatori su 6). In proposito si segnala l'incompleto aggiornamento dei dati riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky", il livello di attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili nonché il livello d'attività di audit sugli stabilimenti del settore latte e dei prodotti a base di latte.
Si segnala infine che non è stata prodotta documentazione completa che evidenzi come tutte le ASL oggetto di audit hanno adottato le misure appropriate in seguito alle risultanze degli stessi (vedi tabelle allegate).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Stante quanto dichiarato dalla Regione risulta che a livello aziendale tutte le strutture della USL Umbria 1 eseguono refertazione digitale di diagnostica per immagini al contrario della USL Umbria 2 in cui nessuno dei presidi produce refertazione digitale. La Regione comunica altresì che è in corso un progetto che prevede l'aggiornamento tecnologico del sistema RIS attualmente in uso, all'ultima versione (Elefante.net) disponibile per cui verranno prodotti referti firmati digitalmente che verranno successivamente inviati alla conservazione legale, come previsto dalle recenti nuove regole tecniche emanate con DPCM 3 Dicembre 2013. Il nuovo sistema radiologico prevede un repository aziendale di immagini e referti da cui sia possibile accedere a tutte le prestazioni di Diagnostica per Immagini erogate al cittadino dalla USL Umbria 2. La Regione comunica inoltre che

nessuna struttura dell'Azienda ospedaliera di Perugia produce referti digitali ma è prevista l'attivazione di tale servizio per le strutture di radiologia. Anche le strutture dell'Azienda ospedaliera di Terni non producono referti digitali. La Regione inizialmente veniva considerata adempiente con impegno a concludere le attività poste in essere per la realizzazione di servizi per la refertazione digitale in modo da garantirli su tutto il territorio; la trasmissione della documentazione integrativa richiesta permette di considerare superato l'impegno.

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 4 anni. Sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale la spesa regionale supera di poco il tetto di spesa prefissato in corrispondenza del 11,35%, con un'incidenza percentuale pari al 11,93% sul FSR al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci", pari ad uno scostamento dello 0,58%, corrispondente a circa 10 mln di euro. Al contrario, l'Umbria mostra un'incidenza ancora troppo elevata della propria spesa farmaceutica ospedaliera rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 3,5% del FSR (4,81% nel 2013), con ancora importanti margini di miglioramento nella regolamentazione della propria farmaceutica complessiva.

La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica allegata al Questionario.

La Regione dichiara che la riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale e lo scostamento minimo registrato rispetto al tetto del 11,35%, è dovuta alle numerose deliberazioni emanate dalla Regione in questo ambito assistenziale nel corso degli ultimi anni, riguardanti l'aggiornamento dell'accordo regionale con le farmacie territoriali in materia di "Distribuzione per conto", il mantenimento di misure di compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie per i cittadini, differenziate per fasce di reddito, la stipula di accordi contrattuali con le strutture erogatrici e specifici provvedimenti adottati per fronteggiare l'aumento di spesa derivante dall'immissione in commercio di nuovi farmaci ad alto costo. Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la Regione Umbria evidenzia un andamento crescente dell'incidenza della spesa sul FSR nel triennio 2010-2012, con un'inversione del trend nel corso del 2013. La sola razionalizzazione della spesa per i farmaci oncologici e l'individuazione di centri autorizzati alla prescrizione di farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA, hanno un impatto economico insufficiente al contenimento della spesa ospedaliera e lasciando 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 con cadenza pressoché trimestrale nel 2013, ma non è stato trasmesso all'AIFA, come previsto nel Questionario. Infine, la Regione Umbria ha garantito l'accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in ritardo 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 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i. Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato. La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 90% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014. Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 93% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009. Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato. La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 90% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

ADEMPIENTE

La Regione Umbria ha inviato la delibera di Giunta n. 1777 del 27/12/2012 recante: "Patto per la Salute 2010/2012 – Direttive vincolanti per l'applicazione dell'art.12", con la quale dispone che le Aziende sanitarie regionali adottino un piano triennale di riduzione delle strutture semplici e complesse, al fine di adeguarle al numero di strutture previste dagli standard approvati in sede di Comitato Lea il 26 marzo 2012.

Dai dati forniti dal NSIS con Tab.1G del conto annuale risulta che la Regione ha previsto 226 strutture complesse (ospedaliere e non ospedaliere) e 783 strutture semplici, evidenziando una differenza di meno 38 strutture complesse e un numero in eccesso di strutture semplici pari a 437 rispetto alle strutture regionali da standard.

Infine, la Regione ha inviato la DGR 687 del 11/06/2014 che recepisce l'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013.

Si invita la Regione a ridurre il numero di strutture semplici nel rispetto dei parametri standard regionali.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di aver recepito il Piano nazionale per la malattia diabetica con DGR 933 del 28/07/2014 recante "Recepimento Accordo del 6 dicembre 2012 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano sulla Malattia Diabete" (rep. 233/CSR). Approvazione Percorso Diagnostico- Terapeutico Assistenziale Regionale (PDTA)".

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	**RISPOSTA**	**VALUTAZIONE**	**RISULTATO**	**NOTE**
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**97,80%**	**0**	**0,0**	La percentuale di copertura è inferiore al 98% e registra un decremento rispetto alla copertura del Cedap per l'anno 2012 pari al 100%.
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	

8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**100,00%**	**2**	**2,0**	
9	RIA 11	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	**100,00%**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**97,38%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**96,96%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
14	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%	**100,00%**	**2**	**6,0**	
15	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%	**98,87%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**44,0**	**BUONA**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	**PUNTEGGIO**	**VALUTAZIONE**	**RISULTATO**	**NOTE**
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**97,58%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	

4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**2,00**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**2,00**	**2**	**4,0**	

6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**1,73**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**-**	**2**	**2,0**	

9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**2,00**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**1,64**	**2**	**1,0**	

11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,95**	**1**	**1,5**	
12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**-**	**0**	**0,0**	

13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**2,00**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,016%**	**2**	**6,0**	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**93,68%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**44,5**	**BUONA**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**44,0 - BUONA**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**2**	**44,5 - BUONA**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**peso**	**risultato**	**risultato*peso**	**Note**
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**2**	**4**	
						8	**ADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza.

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	

208	Malattie delle vie biliari senza CC	
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	

369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	
377	Diagnosi relative a post parto e post aborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (Contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	6%	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	100%	15
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/ (numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80%	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	100%	15
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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	U.3: 23,2% Indicatore Griglia LEA:70% % missing: 7%	30

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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore **"**Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 41,3% Anno2012: 43,7% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 49,4%	0
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 5,9% Anno2012: 7,8% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 4,7%	0
U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	<u>Definizione PASSI:</u> Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati <u>Definizione Istat:</u> Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 21,4% Anno 2102: 20,4% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 39,1%	0

U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	9,8%	10
U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimentoU	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 94,9%	0
U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 89,5%	0
U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 72,3%	0
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**100**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	15,4	14,7	11,8	13,5	13,1	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	14,4	10,2	13,9	10,5	11,8	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	7,2	9,3	7,8	9,1	10,0	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	**≥ 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 effe+D5:E8+D5:F6ttuati <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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	**≥ 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	≥99,7%	≥98% e ≤99,6%	**≥95% e ≤ 97,9%**	<95%
4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	**≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma**	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	**attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie**	attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte
7	**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**	**>= 98%**	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%
8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	<160 e ≥120	**<120 e ≥50**	< 50

9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	**≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre**	< 70% in almeno 2 categorie
10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 72/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Numero indicatore	Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità					
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	*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**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.Lgs 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	6	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	**2**	**12**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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***	**2**	**8**	
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	4	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 (interruzione dal 18 luglio al 14 ottobre)***	*tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni*	**1**	**4**	
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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (18% pari a 984 controlli su 5496)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	*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 [vedere annotazione]	*< 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 "***	**2**	**12**	
9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	*<85% di bovini morti testati per BSE*	***≥ 85% di bovini morti testati per BSE***	**2**	**6**	
10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	

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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	*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 i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**8**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	
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 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	***trend in aumento (dati non pervenuti)***	*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, D.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	*< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	***≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report***	**1**	**6**	

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	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	***validazione effettuata entro la scadenza prevista***	**2**	**8**	
16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, 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 annotazione]	***numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte (8,33% pari a 2 controlli su 24)***	*numero di audit uguale o superiore al 30 % del totale del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte*	**1**	**5**	
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	*< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati*	***≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati***	**2**	**10**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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	*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***	**2**	**12**	

						annotazione]					
19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	*arrivo dei dati oltre il termine*	***arrivo dei dati entro il termine***	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	***≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale***	**2**	**16**	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2013 *è stato basato su un riconoscimento condizionato*	***almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	*meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	***almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04***	**2**	**8**	
21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	*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 2013 [vedere annotazione]	*tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013*	***tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013***	**2**	**10**	

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 D.Lgs n. 194 del 19.11.2008; DM 24/01/2011 "modalità tecniche per il versamento delle tariffe e la rendicontazione"	6	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 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	***allegato 3 inviato, corretto e completo***	**2**	**12**	
	TOTALE	**100**								**180**	

SUFFICIENTE punteggio pari al 90% e sufficiente per 5 indicatori vincolanti su 6

Veneto

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli previsti dall'adempimento in oggetto, nonché il dettaglio degli allegati 5 e 6 del modello LA e la relativa riconduzione ai singoli livelli di assistenza. La Regione precisa che registra nella voce del CE "EA00060" (sopravvenienze attive v/aziende sanitarie pubbliche della Regione) poste contabili di ricavo afferenti alla mobilità sanitaria di esercizi precedenti (code di mobilità sanitaria intraregionale) e poste contabili di ricavo di competenza di esercizi precedenti derivanti da fatturazione diretta. Si raccomanda per gli anni successivi il superamento delle criticità in merito alla diversa contabilizzazione delle voci "R" tra modello LA e modello CE.

Statistici

ADEMPIENTE

La copertura e la qualità dei dati risultano buone (vedi tabelle allegate).

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La Regione Veneto con un punteggio pari a 190 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia delle criticità per i seguenti indicatori: 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) e 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni).

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla Base Dati nazionale risulta che, a gennaio 2014, la Regione Veneto ha una dotazione complessiva di 18.328 posti letto, pari a 3,72 per 1.000 abitanti, di cui 3,16 per pazienti acuti (15.574 posti letto) e 0,56 per riabilitazione e lungodegenza (2.754 posti letto). Tali dati risultano in linea con lo standard previsto dalla Legge 135/2012.

Si segnala che la Regione deve provvedere ad effettuare la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13 nella base dati 2014.

La Regione ha trasmesso la DGR 2122 del 19/11/2013 inerente l'intervento di revisione delle dotazioni di posti letto delle strutture sanitarie di diverse tipologie, 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 2011-2012-2013) 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 125,99 nell'anno 2013; è pertanto in linea con i disposti normativi di riferimento.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è al di sopra del valore del 25% nell'anno 2011, con un differenziale di circa 2 punti percentuale, mentre risulta ricondotta all'interno del valore limite del 25% negli anni 2012 (24,8%) e 2013 (24,25%).

La Regione ha trasmesso la DGR 1237 del 16/07/2013 relativa alla determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le aziende sanitarie del Veneto; tale provvedimento appare in linea con i contenuti della L. 135/2012, come pure i valori di ospedalizzazione espressi.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La Regione Veneto con una percentuale pari al 5% di DRG critici inferiore al valore mediano (10%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza.
Si segnalano le criticità per i DRG 249 e 256 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

La Regione svolge il monitoraggio ex post. Dai dati pervenuti dal NSIS si segnala che il Campo Classe di priorità presenta una percentuale di copertura al di sotto della soglia prevista e precisamente: 67,25 (I semestre) – 82,25% (II semestre). La Regione tuttavia ha effettuato una estrazione dal flusso di specialistica ambulatoriale riferito al 2013 che è gestito a livello centralizzato direttamente dalla Regione Veneto. La percentuale di valorizzazione della classe di priorità B e D, nei casi in cui debba essere valorizzata, è risultata pari al 100%.

H.1.2 Non è possibile misurare gli Indicatori per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecodoppler dei tronchi sovraortici che concorrono alla valutazione di adempienza per l'anno 2013, calcolabili quando la qualità dei campi raggiunge la soglia del 90% prevista per il calcolo.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto il monitoraggio ex ante nel corso dell'anno 2013. Dai dati risulta non essere raggiunta la soglia di garanzia del 90%. La Regione dichiara tuttavia di aver svolto azioni che hanno determinato un miglioramento e della qualità dei dati per le classi di priorità B e D.

H.3 Monitoraggio attività di ricovero

Dai dati pervenuti si constata che è stata raggiunta la soglia prevista del 90%.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni

La Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

H.4.2 Per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni la Regione aveva già impartito con numerosi atti precise disposizioni ribadite con la DGR 863 del 21/06/2011.

H.5 Monitoraggio dei 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.

H.6 Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa

Al riguardo la Regione provvede, come riferito nelle note prot. 2350061/2014 e prot. 932662/2014.

In relazione alla criticità relativa al monitoraggio ex post, come convenuto nella riunione del Comitato Lea del 17 dicembre 2014, è stato chiesto alla Regione di trasmettere le tabelle di transcodifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, laddove il codice della prestazione sia diverso dal codice nazionale del nomenclatore di specialistica ambulatoriale, nonché le tabelle di transcodifica delle strutture sanitarie, laddove la codifica delle stesse sia diversa dalla codifica di riferimento di cui al modello STS11, in modo da consentire la rielaborazione dei dati necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa.
La Regione ha trasmesso nel mese di gennaio 2015 le tabelle di transcodifica richieste. Dopo valutazione e analisi dei dati pervenuti dal competente ufficio III della DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, la Regione viene considerata adempiente.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

La Regione Veneto ha evidenziato nel 2013 una spesa farmaceutica territoriale di 860,4 milioni di euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 11,35% del Fabbisogno sanitario regionale del -1,41% (-122,5 milioni di euro). La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 391,7 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3.5% del Fabbisogno sanitario regionale del 1,02% (88,6 milioni di euro).

La Regione Veneto evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente all'interno dei livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un avanzo di -33,8 milioni di euro.

Si precisa che il valore del ripiano a carico delle aziende farmaceutiche non è da considerarsi come definitivo in quanto il procedimento amministrativo è attualmente in corso, oltre a dipendere dall'esito del contenzioso collegato.

Il pay-back relativo alle procedure di rimborsabilità condizionata corrisponde con la stima attesa dall'AIFA, relativa alle procedure di competenza del 2013, ovvero agli importi che sarebbero stati acquisiti per cassa nel caso in cui tali procedure fossero state completate entro il 31 dicembre 2013.

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2013.

Regione: VENETO			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2013			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	611.076.241	7,06%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	11.441.908	0,13%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	12.958.755	0,15%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	11.940.552	0,14%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	218.536.840	2,52%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	126.933.354	1,47%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	67.140.343	0,78%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	59.793.011	0,69%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	860.412.209	9,94%
F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	8.659.739.481	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	982.880.431	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-122.468.222	-1,41%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		0,0%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**860.412.209**	**9,94%**
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	617.119.995	7,13%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	48.557.368	0,56%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	6.590.785	0,08%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	1.972.835	0,0228%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	3.002.978	0,03%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	338.459.189	3,91%
R=F	Fabbisogno 2013 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	8.659.739.481	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	303.090.882	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	11.077.000	0,13%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	11.292.000	0,13%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	17.684.154	0,20%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**391.701.403**	**4,52%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	88.610.521	1,02%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione ha provveduto ad ottemperare agli adempimenti necessari al fine di attivare la procedura di adozione della contabilità analitica. Premesso che tutte le aziende hanno già implementato autonomamente la contabilità di costi nel pieno rispetto delle finalità di cui all'art. 25 della Legge Regionale n. 55 del 1994, la Regione ha ritenuto di avviare un processo di omogeneizzazione dei principi contabili, sui quali si basano i sistemi delle singole aziende sanitarie al fine di progettare ed implementare un sistema di contabilità analitica regionale. Per tale necessità è stato incaricato il Dirigente di programmazione risorse finanziarie SSR di predisporre un documento di progetto, sottoposto alla valutazione ed approvazione del Segretario Regionale per la Sanità, al fine di elaborare una proposta di programmazione delle attività e delle risorse necessarie per lo sviluppo e l'implementazione della contabilità analitica.

Tale approvazione è avvenuta con delibera 2270 del 10 dicembre 2013. Sono stati rispettati anche gli obiettivi previsti dalla griglia di "verifica e monitoraggio stato di implementazione CO.AN" (A3, A4,B1; B2 unitamente a A1, A2 e B3).

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione, in base alla DGR 2792 del 24 dicembre 2012, lettera e) dell'art 8, ha rispettato l'adempimento in oggetto.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, 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.

La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 90% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE

Alla Regione è attribuito un punteggio totale di 18 punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale dell'anziano non autosufficiente in cure domiciliari: 1 punto
Offerta assistenziale: 9 punti
Ripartizione degli oneri: 8 punti.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS21 = 139%
Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 81,93 %
Esito: Adempiente

Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 4,87

Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura:

CIA Livello 1
N. Pic erogate 16.668 Tasso di prese in carico 3,41
CIA Livello 2
N. Pic erogate 4.844 Tasso di prese in carico 0,99
CIA Livello 3
N. Pic erogate 777 Tasso di prese in carico 0,16
CIA Livello 4
N. Pic erogate 2.441 Tasso di prese in carico 0,50
Totale PIC erogate 24.730

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 86,67%

Esito: Adempiente

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 81,68%

Esito: Adempiente

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 7,14

Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		Totale assistiti(*)
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
143	0,03	5763	1,18	280	0,06	27555	5,64	**33408**	**6,91**	1465	0,30	0	0,00	**1465**	**0,30**	**34857**

(*) Sono stati esclusi gli assistiti per i quali non è stato valorizzato il Tipo Prestazione.

La somma degli assistiti per Tipo prestazione potrebbe non corrispondere con il valore in Totale assistiti. Infatti uno stesso assistito potrebbe essere stato ammesso con differenti moduli.

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 dall'1/1/2012 e DGR 442).

u) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la Regione risulta pari a 80 ovvero uguale al valore soglia fissato per l'esito di adempienza (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

La Regione, per quanto concerne il Piano formativo regionale, con delibera n. 1236 del 16 luglio 2013, ha individuato le aree di intervento formativo in linea con quelli indicati dagli Accordi Stato-Regioni del 5 novembre 2009 e del 19 aprile 2012 e le aree di interesse regionale stabilite con il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016.

Con lo stesso provvedimento la Regione ha approvato la Convenzione con l'AGENAS che prevede la realizzazione del sistema informatico per l'accreditamento dei provider regionali sulla base di requisiti tecnici e scientifici approvati con DGR 2215 del 20 dicembre 2011 e trasmesso al Comitato Tecnico Regionale (CTR) per il relativo parere.

Dichiara inoltre che allo stato attuale risultano accreditati al Sistema Regionale ECM n. 52 provider e che dal 1° gennaio 2013 i Provider regionali provvedono a trasmettere per via telematica i file dei report secondo il tracciato unico definito dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

La Regione Veneto si considera adempiente per l'anno 2013 fatto salvo il parere del Comitato Tecnico Regionale (CTR) sul manuale di accreditamento dei provider regionali, come stabilito dall'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE

La Regione Veneto ha strutturato con atto formale interventi relativi alla gestione dei pazienti sia in ospedale che sul territorio, fra cui l'istituzione della rete integrata per il trattamento dell'ictus in fase acuta (2008), della rete intraospedaliera per il trattamento in emergenza dell'infarto miocardico acuto (2007), della rete ospedaliera integrata per la gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza.

Inoltre ha approvato il Documento di indirizzo regionale sull'impiego dell'ipotermia terapeutica intraospedaliera (2013) e le Linee di indirizzo per l'impiego dei Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO).

La Regione dichiara di effettuare il monitoraggio dei PDTA individuati attraverso i Flussi informativi che fanno capo ai Servizi Regionali competenti.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di garantire prestazioni aggiuntive in tutte le aree assistenziali; inoltre trasmette la Delibera n. 916 del 10 giugno 2014 avente ad oggetto "Ricognizione dei livelli aggiuntivi di assistenza erogati nella Regione del Veneto al 31/12/2013. 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".

Nel modello LA – allegato 5 la Regione ha dichiarato di garantire le seguenti prestazioni per un totale di € 151.824.000 (somma che corrisponde a quella indicata nel documento ricognitivo):

- Assegno di cura
- Prodotti aproteici
- Prestazioni ex ONIG a invalidi di guerra
- Altre prestazioni escluse dai Lea - altro.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione, con una relazione sulle azioni attuate nel corso dell'anno 2013, conferma il recepimento dell'Intesa Stato-Regioni del 20/12/2012, rep. Atti 259/CSR; inoltre ha avviato un'interessante azione di aggiornamento dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie, coinvolgendo le Aziende sanitarie e recependo pienamente lo spirito e le necessità espresse nell'Intesa del 20 dicembre 2012.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La Regione Veneto ha compilato la scheda di rilevazione in tutte le sue parti. Al 31 dicembre 2013 risultano in corso due sperimentazioni gestionali, "Istituto elioterapico Codivilla Putti S.p.A." e "Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione S.p.A.".

Entrambe le sperimentazioni, secondo quanto previsto nella DGR n. 2122/2013, saranno integrate nel sistema sanitario regionale, l'Istituto elioterapico Codivilla Putti quale struttura privata accreditata mentre l'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione come Ospedale nodo di rete monospecialistico riabilitativo di riferimento regionale. Per entrambe le sperimentazioni la Regione ha trasmesso le relazioni annuali di verifica per l'anno 2013.

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

ADEMPIENTE

La Regione aveva già trasmesso negli anni precedenti la normativa sulla riorganizzazione della rete laboratoristica oltre all'atto di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni 23 marzo 2011.

E' stata trasmessa la normativa di riferimento del service di laboratorio. Con riferimento alla medicina di laboratorio la Regione ha risposto a tutti i quesiti; da questi ultimi si evince l'avanzamento del processo di aggregazione dei laboratori privati convenzionati.

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 la DGR 3444 del 30 dicembre 2010.

Identifica come prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza i ricoveri afferenti ai 108 DRG di cui alla DGR n. 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, 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 9,2% non raggiungendo la percentuale minima del 10% dei controlli. 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; si richiedono dei chiarimenti al riguardo. Per quanto riguarda i risultati dei controlli, l'8,9% delle cartelle cliniche verificate nel campione casuale risulta non confermato, ovvero con modifica del 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 raggiunge la soglia del 4% dei controlli sulle cartelle cliniche.

Si rileva che nella Tabella 1 e 2 non sono riportate le righe dei totali.

Per quanto concerne l'impatto economico dei controlli sanitari in Veneto, il recupero a livello del budget dei ricoveri a seguito dei controlli effettuati risulta essere del 2,5% per quanto riguarda il campione casuale e del 17,9% per quanto riguarda i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza.

Successivamente, con nota n. 332019 del 4 agosto 2014, fornisce i chiarimenti richiesti specificando che sono state operate le opportune correzioni sul calcolo delle percentuali all'interno delle tabelle 1 e 2; inoltre, vengono integrati gli abbattimenti tariffari non disponibili precedentemente.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE

La Regione ha giustificato ampiamente le discrepanze emerse tra gli elenchi di cui al DM 332/1999 e i dati risultanti dal modello LA. A tal fine ha emanato delle linee guida per una più corretta contabilizzazione del modello LA da parte delle aziende, a partire dal 2013.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

In sede di prima valutazione la Regione era stata considerata adempiente con impegno a provvedere, nell'ambito della rete di terapia del dolore, all'identificazione dei centri Hub e Spoke e delle relative prestazioni erogate. Successivamente la Regione ha trasmesso integrazioni

documentali a riguardo; tale documentazione, a disamina effettuata, si considera esaustiva nel merito.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di completezza per ASL

Disponibilità del dato per il 3 e 4 trimestre dell'anno di riferimento: SI.

Si segnala che nel III trimestre la ASL di Rovigo ha inviato solamente il mese di Agosto

Esito: Adempiente

N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS11: 19/22 (86%)

Esito: Adempiente.

AO.3

ADEMPIENTE

La Regione risulta avere ottemperato agli adempimenti evidenziati nella tabella relativa al percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

Gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale delle Asl hanno consentito nel 2013 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, così come previsto dall'Accordo "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'allegato C del DPCM 1 aprile 2008" del 13/10/2011.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha effettuato il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni; dalla tabella emerge che sono rispettati i requisiti richiesti, dal momento che la Regione dichiara che delle 15 Raccomandazioni del Ministero ne sono state implementate 9, con un livello superiore al 70%, soglia prevista per l'adempienza.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la tabella dalla quale emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni sono il 54%, non raggiunge il valore del 60% richiesto dal Questionario.

La Regione Veneto ha trasmesso ulteriore documentazione il 1 dicembre 2014, comprendente una nota con cui si chiede un aggiornamento della tabella relativa alle UFA unitamente alle dichiarazione del Direttore Generale ULSS 5 e del Commissario della AULSS 14, da cui emerge che il numero delle strutture con UFA esterna o in service sia passato da 2 (come dichiarato nel Q13), a 4 e poi a 6 (nota 520003 del 3.12.2014). Nel confronto della documentazione in oggetto con quella inviata in precedenza emergono alcuni elementi di riflessione; in particolare con il protocollo n.

33927 del 22/09/2014 si comunicava la decisione relativa alla ULSS 5 "di realizzare l'Unità Centralizzata di Farmaci Antiblastici (UFA) presso i nuovi locali della Farmacia Ospedaliera e di non precedere quindi alla convenzione con altre strutture sanitarie per la preparazione di tali farmaci". La stessa ULSS 5 invece viene conteggiata tra quelle che hanno una UFA, modificando la colonna B della tabella al punto AS.2, incrementandola di una unità. Si rappresenta a riguardo che il quesito del Questionario ha la finalità di conoscere se le preparazioni antiblastiche siano allestite in strutture UFA e non è sufficiente la dichiarazione che vengano fatte sotto la responsabilità del farmacista.
Per quanto riguarda la AUSL 14 di Chioggia la centralizzazione presso la UO Oncologica, anche se sotto la supervisione del farmacista non è comunque assimilabile alla presenza dell'UFA.
Tuttavia, l'invio a gennaio 2015 di ulteriore documentazione consente di ritenere superate le criticità emerse in precedenza.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione ha trasmesso diversi documenti attestanti l'attività di formazione per gli operatori sul tema della sicurezza dei pazienti.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria

La Regione ha trasmesso la DGR n. 2014 del 8 ottobre 2012 con cui viene proposta l'adozione della Check list di chirurgia in ogni struttura sanitaria regionale; la Regione raggiunge la % richiesta per l'adempienza.

AS.5 Report sul monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali

La Regione ha trasmesso la nota con cui è stata inoltrata la richiesta alle strutture sanitarie circa la raccolta delle informazioni sulla implementazione delle raccomandazioni del Ministero, ed è stato inviato un report.

AS.6 Prevenzione delle cadute

La Regione dichiara di non aver predisposto un piano per la prevenzione delle cadute.

AS.7 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione invia la documentazione richiesta circa il gruppo di esperti per l'analisi degli eventi sentinella; per quanto attiene l'aspetto dei piani di miglioramento la Regione invia una nota inoltrata in data 10 ottobre 2014 alle proprie strutture sanitarie per la raccolta di informazioni circa gli eventi sentinella, tuttavia tale documento non fornisce gli elementi di risposta al quesito relativo all'attivazione di un sistema di monitoraggio per la valutazione dei piani di miglioramento.

<u>at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN</u>

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

<u>au) Sistema CUP</u>

ADEMPIENTE

Rispetto all'indicatore:

"Numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici nell'anno 2013" la Regione dichiara 458 punti di prenotazione/accettazione;

"Numero di prenotazioni effettuate nell'anno 2013" la Regione dichiara 11.299.970 prenotazioni effettuate nell'anno 2013;

"Misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate nell'anno 2013" la Regione dichiara uno scarto di 1.799.441;

"Rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente nell'anno 2013" la Regione dichiara 346.701 prestazioni non erogate.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 21,00%

Indicatore di qualità

Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) / totale record inviati: 95,64%

Il codice 99999 indicato nei casi in cui la diagnosi di apertura non è chiaramente definita è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2013 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2012: 142%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati: 96,3%

Il codice 99 non noto/non risulta è stato considerato non valido e pertanto escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.

Esito: Adempiente

Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 295

Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,43.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La documentazione predisposta dalla Regione descrive adeguatamente le attività già poste in essere per la realizzazione del FSE.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

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 (Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010).

Sono stati pubblicati i decreti di autorizzazione delle Unità di Raccolta convenzionata del Veneto emanati in data 2 aprile 2014.

In relazione alle procedure di congelamento del plasma, il percorso di adeguamento alle disposizioni europee è costantemente monitorato dal Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali (CRAT).

AAE.2 Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali (Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011).

Il coinvolgimento e la partecipazione alle attività del Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali è garantito attraverso le riunioni periodiche dell'Organismo di Supporto Scientifico e Tecnico (OSST); inoltre il CRAT ha promosso e coordinato un gruppo di lavoro formato da professionisti di medicina trasfusionale e da esponenti del mondo del volontariato. Il CRAT ha garantito il coinvolgimento dei servizi regionali della sanità pubblica attraverso la condivisione delle misure per la prevenzione e la sorveglianza dell'infezione WNV e ha garantito il coinvolgimento del Servizio Farmaceutico regionale. Il Coordinamento, alla fine di ogni anno, elabora il Documento di programmazione per la raccolta di viene sottoposto all'approvazione dell'OSST.

AAE.3 Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012)

Sono stati allegati corsi per gli anni 2013 e 2014 organizzati in collaborazione con l'ente Veneto Formss.

Sono state riorganizzate (in parte concluse ed in parte in corso) le attività regionali di lavorazione del sangue e di qualificazione biologica degli emocomponenti concentrando le prime in 7 punti (1 per DIMT) e le seconde in 5 punti (1 per i DIMT di Venezia, Verona, Vicenza e 1 per le aggregazioni dei DIMT di Padova-Rovigo e Treviso-Belluno).

AAE.4 Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) (Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013)

L'Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013 è stato recepito con DDR 67 del 9 maggio 2014.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

Secondo quanto dichiarato nel Questionario, nel 2013 erano ancora attivi un totale di 9 PN con parti < 500/anno che la Regione si è impegnata a riorganizzare entro il 2014 mediante l'attuazione di un modello di dipartimentalizzazione interospedaliera. La dichiarata presenza in queste UU.OO. di Ostetricia e Neonatologia/pediatria dei requisiti e degli standard indicati dagli allegati tecnici dell'Accordo del 16 dicembre 2010 come necessari per i PN di I livello, permettono di garantire adeguati livelli di qualità e sicurezza del percorso nascita; ciò consente di valutare positivamente l'impegno della Regione nel dare compimento alle linee di attività del suddetto Accordo.

Tuttavia, si ritiene opportuno che la Regione trasmetta al Comitato Percorso Nascita nazionale la segnalazione dell'avvenuta chiusura dei punti nascita sopra citati, dando in tal modo adeguato riscontro della realizzazione degli impegni assunti.

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 numero dei DEA, PS e i PPI e specificando quali ospedali sono sede di DEA, di PS in organizzazione dipartimentale, di PS e di PPI. Inoltre, la Regione chiarisce che non sono previsti DEA di I e II livello, ma esclusivamente DEA negli ospedali capoluogo di Provincia e che in ciascuna Azienda ULSS è presente un PS integrato in organizzazione dipartimentale funzionale.

In riferimento alle CO SUEM 118 la Regione riporta le 7 sedi con i rispettivi bacini di appartenenza e precisa che non è prevista nessuna riduzione di CO. Sono stati trasmessi gli atti formali relativi alla riorganizzazione dell'area ospedaliera e dell'emergenza urgenza.

L'integrazione tra il sistema dell'emergenza territoriale e la rete ospedaliera viene attuata mediante reti tecnologiche e protocolli operativi coordinati ed il coordinamento regionale emergenza urgenza è svolto dalla Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria.

La Regione comunica che l'adeguamento tecnologico è assicurato e monitorato da un gruppo di lavoro (a recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013).
Sono stati comunicati gli atti formali di istituzione delle tre reti per le patologie tempo dipendenti; la Regione chiarisce inoltre quali sono i sistemi di monitoraggio utilizzati per i percorsi delle suddette reti.

AAG.2
ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 95,17%
Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con ASL e comune residenza correttamente valorizzati/ totale record inviati: 99,99%
Esito: Adempiente

Numero accessi in PS per 1000 residenti: 347,04
Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso:

N. Accessi EMUR PS per triage all'accesso
B 595.863 G 292.620 N 395 R 24.631 V 780.656
N. Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso
B 690.895 V 200.018 G 200.018 R 18.409 N 1.727 N.A. 29.072

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di chiamate al 118 anno 2013 / N. di chiamate al 118 anno 2012 = 103,59% Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Totale record valorizzati correttamente campi data/ora inizio chiamata/ totale record campi data-ora: 100,00%
Totale record valorizzati correttamente campi data/ora arrivo mezzo di soccorso/ totale record campi data-ora: 91,30%
Esito: Adempiente.

AAG.3
ADEMPIENTE
L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 20 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21).

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE
Il nuovo quadro programmatorio regionale identifica come obiettivo strategico la diffusione su tutto il territorio delle medicine di gruppo integrate quali organizzazioni strutturali (team multiprofessionali) costituite da MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, MCA, infermieri, collaboratori di studio, e assistenti sociali al fine di sviluppare il sistema delle Cure Primarie secondo un modello di rete integrata. Tale modello si identifica con le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) previste dalla legge 189/2012 ed oggetto di una recente intesa tra la Regione Veneto e le OO.SS. della medicina convenzionata che peraltro le individua come unico modello organizzativo per l'erogazione delle Cure Primarie. Sono state inoltre costituite 150 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) delle 159 previste (una ogni 25.000 ab.) con la finalità della condivisione di obiettivi

e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità dell'assistenza e linee guida da parte dei MMG che ne fanno parte. E' stato inoltre definito un piano di informatizzazione e di comunicazione informatica il cui disciplinare tecnico prevede l'elenco dei flussi informatici/informativi suddiviso in un modulo di base, per i MMG e in un modulo IHT per l'integrazione dei dati ospedale territorio.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La Regione Veneto ha inviato la documentazione relativa ai percorsi terapeutici riabilitativi attivati che prevedono periodicamente il monitoraggio. Per quanto riguarda la SLA tutto il percorso è gestito da un sistema informativo unico regionale che supporta e monitora tutte le attività.

Per quanto riguarda l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2013 la Regione presenta una leggera variazione positiva rispetto al valore medio nazionale di 13,5, pari a 13,3.

Analogamente per l'indicatore relativo alle giornate di degenza a rischio di inefficienza la Regione si posiziona al di sotto del valore medio nazionale e presenta un trend positivo nel triennio 2011-2012-2013 (vedi tabella allegata).

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La Regione Veneto risulta sufficiente per 4 item su 5.

Per gli indicatori di performance si riscontra in particolare un livello di attività insoddisfacente per la percentuale dei campioni svolti per il Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA).

Per i flussi informativi veterinari ha conseguito un buon livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (punteggio pari al 80,5%) ma è risultata sufficiente solo per 1 indicatori vincolanti su 6. In proposito si segnala la mancata ricezione da parte dell'Ufficio competente ministeriale della relazione sulle attività riconducibili ai Piani di Risanamento, al PNAA, alla lotta al randagismo e ai dati di attività sui controlli ufficiali per la Scrapie. Si segnala inoltre un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili che la modalità non completamente corretta di rendicontazione delle attività per la ricerca dei prodotti fitosanitari (vedi tabelle allegate).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Stante quanto risulta dal valore assunto dall'indicatore calcolato dalla Regione: "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale / totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini", le strutture che hanno attivato servizi di refertazione digitale, costituiscono il 53,7% delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini.

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 degli ultimi 4 anni (15,15%, rispetto al 14,85% dato dalla somma dei tetti 11,35% + 3,5%). La Regione ha raggiunto ottimi risultati nella regolazione della spesa farmaceutica territoriale, rimanendo all'interno del finanziamento programmato in corrispondenza del 11,35% (10,63% al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci"), mentre mostra importanti margini di miglioramento, sul

versante della spesa farmaceutica ospedaliera, con un'incidenza del 4,52% sul FSR, rispetto al tetto fissato in corrispondenza del 3,5%.
La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica allegata al Questionario.
Il risultato della progressiva riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale e il rispetto del tetto programmato sono dovuti al raggiungimento degli obiettivi prefissati dalla Regione riguardanti l'assegnazione di limiti di costo per i beni sanitari (farmaci erogati in DPC e in regime di convenzione) e la riduzione della spesa media pro capite. In questo ambito assistenziale la regione Veneto ha raggiunto ottimi risultati attraverso oltre il contenimento dei costi, la convergenza di tutte le aziende sanitarie verso i migliori modelli organizzativi presenti sul proprio territorio (raggiungimento dei valori target individuati da parte di tutte le Aziende Sanitarie Regionali).
Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, il Veneto evidenzia un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR (nel triennio 2010-2012), in gran parte collegato all'aumento della spesa in distribuzione diretta/DPC (di fascia H) e all'immissione in commercio di nuovi medicinali ad alto costo. Nel corso del 2013 la spesa ospedaliera è rimasta pressoché invariata rispetto all'anno precedente. Al riguardo la Regione dichiara che i provvedimenti emanati sono stati finalizzati al raggiungimento di migliori performance economiche da parte delle Aziende ospedaliere, benché siano poi risultati insufficienti a riportare la spesa ospedaliera all'interno del tetto prefissato in corrispondenza del 3,5% del FSR.
La regione non è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero in quanto ha abrogato il proprio PTORV con la DGR n.952 di giugno 2013.
Infine, la Regione Veneto ha garantito l'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 2013, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 100% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.
Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2013.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 100% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati), comunicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in data 7 luglio 2014.

aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. Art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato la documentazione recante le nuove disposizioni in tema di organizzazione delle Aziende UUSSLLSS e Ospedaliere, ovvero le linee guida degli atti aziendali e l'adeguamento delle schede di dotazione delle strutture pubbliche e private accreditate.
Con le DGR 2122 del 19/11/2013 e 2271 del 10/12/2013 la Regione attua quanto previsto nel Piano Sanitario Regionale 2012-2016 adeguando la rete territoriale e ospedaliera agli standard nazionali.

In particolare vengono recepiti i parametri relativi alla determinazione del numero di strutture complesse e semplici individuati dal Comitato Lea e approvati in data 26 marzo 2012.
Dai dati forniti dal NSIS con Tab.1G del Conto Annuale, si rileva che la Regione ha previsto un numero di strutture complesse (ospedaliere e non ospedaliere) pari a 926 e 2104 strutture semplici (anno 2013). Dal calcolo delle strutture complesse da standard, elaborate in base ai posti letto ospedalieri pubblici attivi al 1°gennaio 2013, risultano pari a 1227, mentre le strutture semplici, riferite alla popolazione residente nella Regione per l'anno 2013, risultano pari a 1607.
Infine, la documentazione trasmessa dalla Regione non risponde al recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013; si invita pertanto la Regione a predisporre un atto di recepimento.

aan)Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE
La Regione ha recepito il Piano nazionale per la malattia diabetica con DGR 8 del 9 gennaio 2013 recante "Recepimento dell'Accordo, di cui all'art. 4 del D.lgs 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento recante Piano per la malattia diabetica Rep. Atti n. 233/CSR del 6 dicembre".

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE	ADEMPIENTE	**RISPOSTA**	**VALUTAZIONE**	**RISULTATO**	**NOTE**
				0	2		0/2		
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	**100,00%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
4	HSP11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	**100,00%**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
7	FLS 21	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	**100,00%**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella T1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	**100,00%**	**2**	**2,0**	

9	RIA 11	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	**100,00%**	**2**	**3,0**	
10	STS.14	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	**99,06%**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	%modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**98,61%**	**2**	**3,0**	
12	STS 24	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	**98,89%**	**2**	**4,0**	
13	HSP 24	0,5	% 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	**100,00%**	**2**	**1,0**	
14	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%	**99,05%**	**2**	**6,0**	
15	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%	**92,99%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30 maggio 2012 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	**2**	**2,0**	
		25						**50,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	**PUNTEGGIO**	**VALUTAZIONE**	**RISULTATO**	**NOTE**
1	Rilevazione CEDAP	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%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**97,09%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS 11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
3	FLS 12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	

4	HSP11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**1,85**	**2**	**4,0**	
5	HSP11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**1,75**	**2**	**4,0**	
6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**1,85**	**2**	**1,0**	

7	FLS 21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**1,95**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C.BIS	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**-**	**1**	**1,0**	
9	RIA 11	1,5	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	**2,00**	**2**	**3,0**	

10	STS.14	0,5	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	**1,82**	**2**	**1,0**	
11	STS 21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,93**	**1**	**1,5**	
12	STS 24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**1,97**	**2**	**4,0**	

13	HSP 24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**1,88**	**2**	**1,0**	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate	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%	**0,004%**	**2**	**6,0**	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi)	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%	**89,59%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti	Non applicabile.	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dati coerenti**	**2**	**2,0**	
		25							**47,5**	**BUONA**

Obblighi informativi statistici - Tab. 1 Criteri di verifica degli adempimenti.

				PUNTEGGI				
1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**0**	**1**	**2**	**VALUTAZIONE**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	**2**	**50,0 - ADEMPIENTE**
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	**2**	**47,5 - BUONA**
				PUNTEGGI				

Obblighi informativi statistici - Tab.2 Schema di valutazione finale completezza e qualità

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**peso**	**risultato**	**risultato*peso**	**Note**
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**2**	**4**	
						8	**ADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

Valutazione della Regione in base alla combinazione dei valori del Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab) e Percentuale di ricoveri ordinari per ognuno dei 108 DRG a rischio inappropriatezza.

006	Decompressione del tunnel carpale	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	
036	Interventi sulla retina	
038	Interventi primari sull'iride	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	
065	Alterazioni dell'equilibrio	
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	
119	Legatura e stripping di vene	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	
133	Aterosclerosi senza CC	
134	Ipertensione	
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	
142	Sincope e collasso senza CC	
158	Interventi su ano e stoma senza CC	
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	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
168	Interventi sulla bocca con CC	
169	Interventi sulla bocca senza CC	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	
187	Estrazioni e riparazioni dentali	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	
208	Malattie delle vie biliari senza CC	

227	Interventi sui tessuti molli senza CC	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	
232	Artroscopia	
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	
243	Affezioni mediche del dorso	
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	
248	Tendinite, miosite e borsite	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	
276	Patologie non maligne della mammella	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	
283	Malattie minori della pelle con CC	
284	Malattie minori della pelle senza CC	
294	Diabete, età > 35 anni	
295	Diabete, età < 36 anni	
299	Difetti congeniti del metabolismo	
301	Malattie endocrine senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	
324	Calcolosi urinaria senza CC	
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
342	Circoncisione, età > 17 anni	
343	Circoncisione, età < 18 anni	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	
351	Sterilizzazione maschile	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	
362	Occlusione endoscopica delle tube	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	

377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	
409	Radioterapia	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	
426	Nevrosi depressive	
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	
429	Disturbi organici e ritardo mentale	
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	
564	Cefalea, età > 17 anni	

	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è inferiore o uguale alla mediana e nessuno dei due valori superiore al terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG
	se uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è maggiore del terzo quartile della distribuzione e l'altro inferiore alla mediana oppure se entrambi i valori regionali sono compresi tra la mediana ed il terzo quartile della distribuzione del medesimo DRG.
	se almeno uno dei valori regionali del Tasso o della Percentuale, per singolo DRG, è superiore al terzo quartile e nessuno dei due inferiore alla mediana della distribuzione del medesimo DRG.

Tabella prevenzione

Adempimento	Formula	Criterio di verifica	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Valore osservato	Punteggio (Contributo all'adempimento)
U.1 Piano nazionale della prevenzione	Percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore di monitoraggio con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2013 superiore al 20%	La Regione è adempiente se la percentuale, su tutti i progetti/programmi inclusi nel PRP, di quelli che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso al 31 dicembre 2012 superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%	<=50%	30 se U.1<=50% 20 se 50%<U.1<=60% 0 se U.1>60%	6%	30
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Tasso di conferma di laboratorio" è superiore o uguale a 80%	>=80%	15 se U.2.1>=80% 7,5 se 65%<=U.2.1<80% 0 se U.2.1<65%	95,8%	15
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/ (numero di casi di morbillo notificati)*100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Origine dell'infezione verificata" è superiore a 80%	>80%	15 se U.2.1>80% 7,5 se 65%<=U.2.1<=80% 0 se U.2.1<65%	100%	15
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	Numeratore: numero dei cancri invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancri screen-detected *100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "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" è inferiore o uguale a 25%	<=25%	30 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 15 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% 7,5 se U.3<=25% **e** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% **e** percentuale missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% 0 se U.3>25% **o** copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20%	U.3: 26,1% Indicatore Griglia LEA: 76% % missing: 15	10 **(punteggio definito ex novo in base ad una revisione migliorativa del range di scostamento)**

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 di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone in sovrappeso o obese" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 39,7% Anno2012: 40% **Multiscopo (persone 18 anni e oltre)** : Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 45%	0
U.4.2 Prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)	(Persone di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura) / (totale intervistati di età 18-69 anni) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno" al tempo T1 (anno di analisi) è maggiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≥ prevalenza al T0 (anno precedente	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 12,5% Anno2012: 12,5% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 5,5%	0
U.4.3 Prevalenza di persone sedentarie	<u>Definizione PASSI:</u> Numeratore: 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. Denominatore: Totale intervistati <u>Definizione Istat:</u> Numeratore: 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	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Prevalenza di persone sedentarie" al tempo T1 (anno di analisi) è inferiore o uguale al valore dell'indicatore al tempo T0 (anno precedente)	Prevalenza al T1 (anno di analisi) ≤ prevalenza al T0 (anno precedente)	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	**PASSI (persone 18-69 anni)**: Anno 2013: 23,4% Anno 2102: 22,7% **Multiscopo (persone 3 anni e oltre)**: Anno 2013: non disponibile Anno 2012: 22,8%	0
U.5 Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	La Regione è adempiente se la percentuale di aziende ispezionate è superiore o uguale a 5%	>=5%	10 se U.5>=5% 0 se U.5<5%	5,6%	10
U.6.1 Copertura vaccinale anti-pneumococcica	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (3 dosi nel primo anno di vita) per antipneumococcica) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-pneumococcica" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Pneumococco coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 88,4%	0

U.6.2 Copertura vaccinale anti-meningococcica C	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo (1 dose nel secondo anno di vita) per anti-meningococcica C) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	La Regione è adempiente se il valore dell'indicatore "Copertura vaccinale anti-meningococcica C" è superiore o uguale a 95%	>=95%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Meningococco C coniugato (Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età): 92,3%	0
U.6.3 Copertura vaccinale anti-HPV	(numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con ciclo completo (3 dosi) / (numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ad esempio, le ragazze nate nel 2001 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione a partire dal 2012, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà calcolata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013) x 100	La Regione è adempiente se: Per la vaccinazione anti HPV (3 dosi nell'undicesimo anno di vita): ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001 (calcolata nel 2014, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2013), ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 (calcolata nel 2015, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2014) , ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003 (es. per la coorte del 2003 la copertura verrà calcolata nel 2016, in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2015).	>=70%	Per l'anno 2013 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento	Coorte 2001. % vaccinate con 3 dosi: 57,4%	0
U prevenzione		**La Regione è adempiente se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è maggiore o uguale a 80**	**>=80**			**80**

Tabella riabilitazione

	2011	Valore medio nazionale 2011	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	14,8	14,7	14,1	13,5	13,3	13,5
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	7,2	10,2	7,4	10,5	6,5	10,0
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	6,1	9,3	6,2	9,1	5,5	7,7

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	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	**≥ 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 effe+D5:E8+D5:F6ttuati <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 nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	**≥ 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	**≥99,7%**	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	<95%
4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 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	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	**≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma**	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	**attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie**	attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte
7	**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**	**>= 98%**	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%
8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	**<160 e ≥120**	<120 e ≥50	< 50
9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	**≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM**	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre	< 70% in almeno 2 categorie

10	**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: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 81/90

Sanità veterinaria e alimenti - Debiti informativi con U.E.

Numero indicatore	Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità					
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*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 all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	***non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento (21 luglio)***	*inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	**1**	**8**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.Lgs 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	6	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	***invio oltre i tempi previsti (relazione non pervenuta)***	*invio entro i tempi previsti*	**1**	**6**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*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 annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 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). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*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 previsiti***	**2**	**8**	
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	4	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 (relazione non pervenuta)***	*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***	**1**	**4**	
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 D.Lgs 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"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**5**	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*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. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	***Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (36% pari a 7161 controlli su 19908)***	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	**1**	**5**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	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 [vedere annotazione]	*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 [vedere annotazione]	*< 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"***	**2**	**12**	
9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*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	*<85% di bovini morti testati per BSE*	***≥ 85% di bovini morti testati per BSE***	**2**	**6**	
10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; 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.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*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***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	

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.	4	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 la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	***invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento (dati non pervenuti)***	*invio corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	corrispondenza tra i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	*corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea*	**0**	**0**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	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 o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controllati e 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***	**2**	**8**	
13	**CONTROLLO SANITARIO DELLE POPOLAZIONI SUINE - anagrafe:** D.lgs 26/10/2010 n. 200 che stabilisce modalità di identificazione e registrazione suini; **malattia di Aujeszky:** D.M. 1-4-1997 e DM 30 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*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, D.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	*< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	***≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report***	**2**	**12**	

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	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2013	*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***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	***validazione effettuata entro la scadenza prevista***	**2**	**8**	
16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, 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 annotazione]	*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***	**2**	**10**	
17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	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 annotazione]	*< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati*	***≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati***	**2**	**10**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	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 annotazione]	*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***	**2**	**12**	

19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	*arrivo dei dati oltre il termine*	***arrivo dei dati entro il termine***	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	***> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale (9 campi)***	*≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	**1**	**8**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
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	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato [vedere annotazione]	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2013 *è stato basato su un riconoscimento condizionato*	***almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	*meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04*	***almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2013 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04***	**2**	**8**	
21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	*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 2013 [vedere annotazione]	*tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2013*	***tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2013***	**2**	**10**	

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 D.Lgs n. 194 del 19.11.2008; DM 24/01/2011 "modalità tecniche per il versamento delle tariffe e la rendicontazione"	6	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 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	***allegato 3 inviato, corretto e completo***	**2**	**12**	
	TOTALE	**100**								**161**	

NON SUFFICIENTE punteggio pari al 80,5% ma sufficiente per 1 indicatore vincolante su 6