



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO VI

**Analisi spazio-temporale degli indicatori della
Griglia LEA relativi all'adempimento sul
“mantenimento dell'erogazione dei LEA”**

Trend regionali Anni 2001 - 2012

Novembre 2014

Il presente documento è stato realizzato da parte dell'Ufficio VI della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria: Antonio Nuzzo, Federica Medici, Pietro Granella, Marco Galadini, Carla Ceccolini, Stefania Lentisco, Silvia Donno.

Si ringraziano per la collaborazione: gli uffici della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione, Dipartimento della Sanità Pubblica Veterinaria, della Sicurezza Alimentare e degli Organi Collegiali per la Tutela della Salute e le afferenti Direzioni DGISAN e DGSAF, Osservatorio Nazionale Screening, Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e gli Assessorati alla Sanità delle Regioni.

Direttore prof.ssa Flavia Carle

Indice

INTRODUZIONE	4
METODOLOGIA.....	6
RAPPRESENTAZIONE GRAFICA.....	15

INTRODUZIONE

Il periodo di 13 anni dall'entrata in vigore del DPCM del 29 novembre 2001 che ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza si è caratterizzato per le riforme che hanno introdotto il federalismo sanitario (cfr. D. Lgs 56 del 18 febbraio 2000 'Disposizioni in materia di federalismo fiscale' e Legge n. 3 del 18 ottobre 2001 'Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione') favorendo la devoluzione delle competenze politico-amministrative a livello regionale e per l'utilizzo dello strumento pattizio degli accordi e delle intese, sanciti in Conferenza Stato-Regioni, quale modalità nuova e sussidiaria per affrontare e risolvere le problematiche che vedono coinvolti i diversi livelli di governo in materia di tutela della salute. Nello stesso periodo, allo scopo di garantire l'equità e l'uniformità dell'erogazione degli interventi sanitari su tutto il territorio nazionale, sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza (cfr. DPCM 29 Novembre 2001) con il ruolo dello Stato quale garante degli stessi LEA.

In particolare, l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha avuto, come premessa, la garanzia del rispetto del principio della uniforme erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, di adeguato livello qualitativo e di efficienza, coerentemente con le risorse programmate nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Il suddetto principio è l'obiettivo del livello centrale che, attraverso gli strumenti del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Piani di Rientro, si propone di assicurarne il raggiungimento per tutte le regioni, specialmente per quelle in cui sono presenti situazioni socio-economiche più critiche.

In ambito sanitario è evidente che la valutazione della situazione economica consente solo in parte di far emergere l'effettivo andamento della gestione dei servizi sanitari regionali in relazione agli obiettivi di salute e di valutare l'efficacia degli strumenti a presidio del raggiungimento di tali obiettivi. Nello stesso "Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica" a cura della Corte dei Conti (2012), si legge che *"la sola valutazione del dato economico non risulta soddisfacente per la verifica del rispetto degli obiettivi di natura qualitativa connessi alla garanzia di erogazione dei LEA"*.

In questi anni di applicazione la Verifica degli Adempimenti ha evidenziato l'elevata eterogeneità che caratterizza le Regioni italiane sia per quanto riguarda la domanda di prestazioni sanitarie, sia per quel che concerne l'erogazione delle prestazioni, dei livelli essenziali di assistenza nello specifico, da parte delle reti di offerta.

Obiettivo del presente documento è descrivere l'andamento temporale per il periodo 2001-2012 in ciascuna regione degli indicatori della Griglia LEA che, come previsto dal comma 2 art.10 dell'Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009, rappresenta attualmente lo strumento principale per il

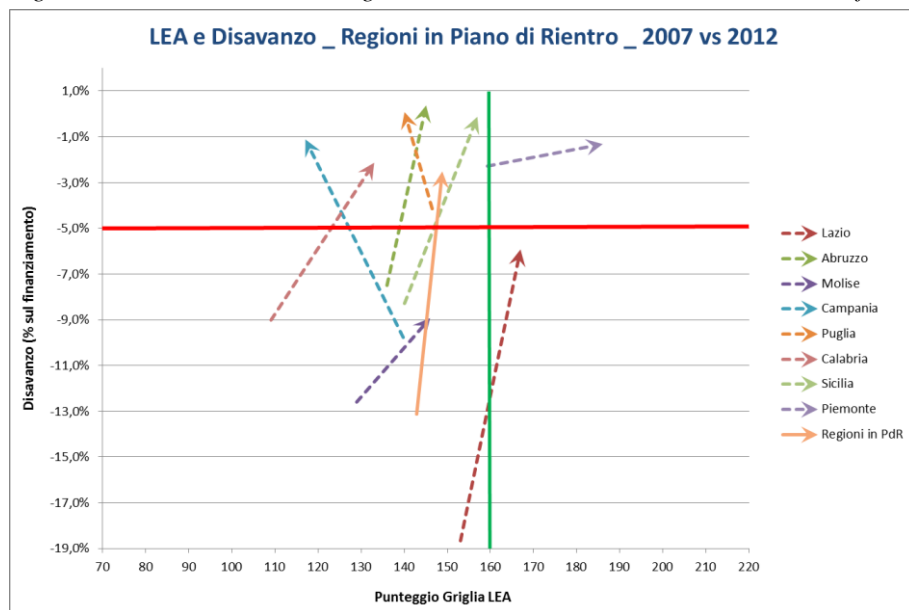
monitoraggio e la verifica dell'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sul territorio nazionale.

Si intende così fornire da una parte un contributo all'analisi dei determinanti della variabilità regionale e dall'altra uno strumento informativo che possa essere utile per le singole regioni.

La necessità di monitorare l'erogazione dei LEA non solo dal punto di vista del controllo del disavanzo economico e l'interesse di approfondire l'analisi nel tempo e nei singoli contesti regionali degli indicatori della Griglia LEA (cfr. *Allegato 1*), sono confermati anche da una prima analisi descrittiva della relazione tra il "mantenimento nell'erogazione dei LEA"¹ (espresso attraverso i punteggi totali regionali della Griglia LEA) ed il disavanzo economico sanitario (espresso come percentuale sul finanziamento effettivo regionale²) nel periodo 2007-2012, rappresentata nella *figura 1*.

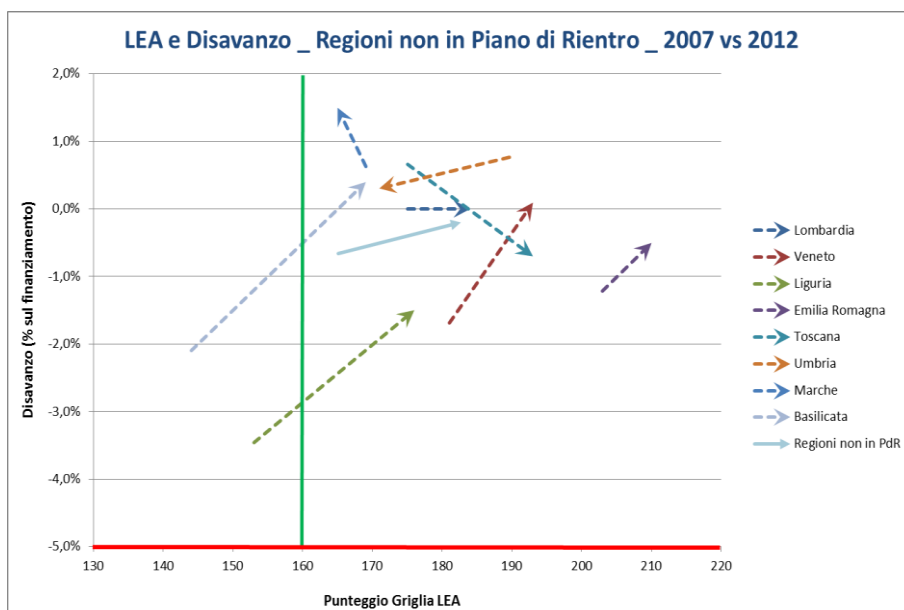
E' evidente la netta differenziazione tra le Regioni in base all'essere o meno in Piano di rientro PdR). Le Regioni non in PdR dimostrano sia un continuo e sostanzialmente adeguato mantenimento dei LEA, sia una costante diminuzione del disavanzo economico sanitario, anche se in presenza di un'elevata eterogeneità regionale. Nelle Regioni in Piano di Rientro, invece, insieme all'andamento verso il controllo del disavanzo economico sanitario si osserva la difficoltà di raggiungere la soglia del mantenimento adeguato dei LEA.

Figura 1_Mantenimento dell'erogazione dei LEA e disavanzo economico a confronto_2007-2012



¹ Cfr. adempimento lettera e) *mantenimento nell'erogazione dei LEA* della richiamata Verifica Adempimenti a cura del Comitato LEA. Monografia "Adempimento mantenimento dell'erogazione dei LEA - anno 2012", consultabile al link: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1302&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea&tab=3.

² comprensivo del finanziamento ordinario e delle maggiori entrate proprie degli enti del SSN (rif. flusso NSIS, Ministero della Salute).



Fonte: Ministero della salute. 2013

I punteggi di sintesi della “Griglia Lea” permettono di collocare la regione rispetto allo standard di riferimento di un’adeguata erogazione dei LEA, individuato a 160 punti (linea verticale verde); la linea rossa orizzontale rappresenta la soglia di accettabilità del disavanzo economico sanitario fissata al 5% (art. 77 della Legge 191 del 2009, Legge finanziaria per il 2010).

METODOLOGIA

Il monitoraggio delle prestazioni sanitarie e specificamente del mantenimento nell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza si realizza a livello centrale attraverso l’utilizzo di un definito set di indicatori ripartiti tra l’assistenza collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, l’assistenza territoriale e l’assistenza ospedaliera, raccolti in una griglia (Griglia LEA) che consente di conoscere e cogliere nell’insieme le diversità ed il disomogeneo grado di erogazione dei livelli di assistenza.

La Griglia LEA rappresenta attualmente lo strumento principale per il monitoraggio e la verifica dell’effettiva erogazione delle prestazioni sul territorio nazionale, come previsto dal comma 2 art.10 dell’Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009.

Annualmente il set di indicatori è soggetto a revisione da parte di un gruppo di esperti che, sulla base di provvedimenti, documenti programmatici istituzionali nazionali ed internazionali, progetti di ricerca sanitaria nonché esperienza degli anni precedenti, provvede all’aggiornamento. Il panel di esperti, composto da tecnici operanti sui tre livelli di assistenza, valuta l’affidabilità e la rilevanza dei singoli indicatori e ne decide l’eventuale conferma, modifica o sostituzione da un anno all’altro.

Allo scopo di poter effettuare l'analisi temporale è stato applicato il set di indicatori della Griglia LEA per l'anno 2012, riportato nella tabella 1, a tutti gli anni del periodo 2001-2012.

Per ogni ulteriore approfondimento, riguardo gli indicatori utilizzati, la metodologia di valutazione complessiva e sintetica dell'insieme degli indicatori e i risultati ottenuti dalle Regioni sottoposte alla "Verifica degli adempimenti LEA 2012" in riferimento al mantenimento nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, si rimanda al documento "[Adempimento mantenimento dell'erogazione dei LEA - anno 2012](#)", pubblicato sul sito del Ministero della Salute.

Tabella 1 - Set indicatori "Griglia LEA 2012"

Definizione	Formula	Note per l'elaborazione
1.1 Copertura vaccinale (%) nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	Vaccinazioni obbligatorie: difterite, tetano, polio, epatite B Vaccinazioni raccomandate: pertosse, Hib, MPR, influenza nell'anziano L'Anagrafe Vaccinale Informatizzata, prevista dal PNEMoRc, dal PNV 2005-2007 e dal PNP 2005-2007, consente il calcolo delle coperture vaccinali reali. In alternativa, laddove il sistema non sia ancora attivo e fintanto che non sia messo a regime: per il numeratore: Sistema di rilevazione delle coperture vaccinali, a livello locale, regionale e nazionale: i dati vengono inviati dalle Regioni all'Ufficio V della DG Prevenzione con periodicità annuale;
1.2 Copertura vaccinale (%) nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	per il denominatore: l'ISTAT fornisce la popolazione per sesso, età, regione di residenza. Fattibilità. L'indicatore è calcolato sulla base di un flusso routinario di dati raccolti sistematicamente dall'Ufficio V della DG Prevenzione.
1.3 Copertura vaccinale (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	Numeratore: numero di soggetti di età >= 65 anni vaccinati per influenza Denominatore: numero di soggetti di età >=65 anni residenti	per il denominatore: l'ISTAT fornisce la popolazione per sesso, età, regione di residenza. Fattibilità. L'indicatore è calcolato sulla base di un flusso routinario di dati raccolti sistematicamente dall'Ufficio V della DG Prevenzione.
2 Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: - cervice uterina - mammella - colon retto	- Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella / [donne residenti (50-69) / 2] - - Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina / [donne residenti (25-64) / 3] - Persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto / [persone residenti (50-69) / 2] * 100	Per il numeratore: Sistema Informativo Screening. Per il denominatore: l'ISTAT fornisce la popolazione per sesso, età, regione di residenza. Nel denominatore dell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo quindi che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni). Lo score totale dell'indicatore 2 è calcolato sommando gli scores dei singoli programmi di screening a cui è attribuibile un punteggio che varia da 0 a 5.
3 Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	(Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro / Popolaz. residente)	Fonte. SIS Modello LA voce 19999 (num) ISTAT (den)

Definizione	Formula	Note per l'elaborazione
4 Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	(N. aziende oggetto di ispezioni / N. aziende con almeno 1 dipendente + N. aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	Fonte: Sistema informativo nazionale per la prevenzione (SINP) nei luoghi di lavoro, istituito con D.lgs 9 aprile 2008 n. 81 e successive modifiche e integrazioni. E' in corso di pubblicazione il Decreto ministeriale che (come previsto dal D.lgs 81/2008) definisce le regole tecniche per la realizzazione ed il funzionamento del SINP, nonché le regole per il trattamento dei dati. Il numeratore è costruito sommando le voci: 2.5 A (n° az. oggetto di ispezione comp. edilizia) + 2.5 B (n° az. oggetto di ispezione sett. agricoltura) + 2.5 C (n° az. oggetto di ispezione altri comparti) + 6.2 D (N° az. oggetto di sopralluogo per l'espressione di pareri). Nel denominatore: non vanno conteggiate le imprese agricole non a carattere industriale. L'indicatore misura il raggiungimento del valore soglia di copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di intervento ispettivo in un anno, valore già individuato con 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".
5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	(Allevamenti controllati nell'anno di riferimento/allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento) x 100	Fonte: "SISTEMA RENDICONTAZIONE"; Base legale: Dec 2008/940/CE e Dec 2003/886/CE Verrà conteggiata la percentuale degli allevamenti controllati rispetto a quelli soggetti al controllo, che sono individuati in relazione allo stato sanitario del territorio. Il punteggio è correlato all'ulteriore condizione: mantenimento della qualifica di Ufficialmente indenne e/o, prevalenza delle aziende infette e relativo trend (la prevalenza è la percentuale delle aziende infette sul totale delle aziende. Per il calcolo della prevalenza si considera l'azienda come unità epidemiologica)
5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonchè riduzione della prevalenza in tutte le specie	(Allevamenti controllati nell'anno di riferimento/allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento) x 100	Fonte: "SISTEMA RENDICONTAZIONE"; sistema SANAN. Base legale: Dec 2008/940/CE e Dec 2003/886/CE; OM 14/12/2006 e seguenti. Per la brucellosi considerare, per ciascuna specie (bovini, bufalini e ovicaprini), la percentuale degli allevamenti controllati sul totale di quelli soggetti a controllo, che sono individuati in relazione allo stato sanitario del territorio. Il punteggio è correlato all'ulteriore condizione: - mantenimento della qualifica di Ufficialmente indenne e/o, prevalenza delle aziende infette e relativo trend (la prevalenza è la percentuale delle aziende infette sul totale delle aziende. Per il calcolo della prevalenza si considera l'azienda come unità epidemiologica) Per le Regioni destinatarie delle specifiche disposizioni previste dall' OM 14/12/2006 e seguenti, il punteggio è correlato alle seguenti ulteriori condizioni, da valutare attraverso il sistema informativo SANAN: - rispetto dell'80% dei tempi di ricontrollo - rispetto dell'80% dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio - prevalenza con trend in diminuzione per tutte le specie Il linea generale i criteri di valutazione sono stati definiti con i seguenti obiettivi: - attribuire il punteggio massimo alle Regioni che garantiscono lo status sanitario ottimale - attribuire un punteggio inferiore alle Regioni che mostrano un trend di infezione in peggioramento - valutare le Regioni che hanno avuto maggiori

Definizione	Formula	Note per l'elaborazione
		difficoltà nell'attuazione del Piano di eradicazione, contestualmente al grado di utilizzo degli strumenti ad hoc, che il Paese ha adottato, per il superamento di tali difficoltà
5.3 ANAGRAFI ANIMALI -Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	(aziende controllate nell'anno di riferimento/aziende soggette a controllo per l'anno di riferimento) x 100	La percentuale dei controlli da eseguire annualmente è stabilita dai Regolamenti comunitari vigenti. Per l'anno 2012 la soglia prevista dal Reg 1505/06 è fissata al 3%.
6.1 CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI - Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	(Numero campioni analizzati / numero campioni programmati dal PNR) X 100	L'indicatore misura il grado di realizzazione del Piano nazionale residui (PNR), programma nazionale di sorveglianza e di monitoraggio della presenza, negli alimenti di origine animale, di residui di sostanze chimiche che potrebbero essere dannose per la salute pubblica, applicato ai sensi del D.Lgs 158/2006, che recepisce le Direttive comunitarie 96/22/CE e 96/23/CE e s.m.i. Il Piano, oltre alla valenza in termini di prevenzione per la salute umana, è uno strumento dissuasivo nei confronti dell'impiego di trattamenti illeciti sugli animali da produzione alimentare. Per il denominatore: Il numero dei campionamenti programmati per regione dal PNR, predisposto annualmente dal Ministero e diramato alle Regioni Per il numeratore: il numero dei campioni analizzati, verificato attraverso i dati forniti al Ministero dalle Regioni con il Sistema informativo NSIS-PNR
6.2 CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE: percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	(Numero campioni analizzati / numero campioni programmati) X 100	L'indicatore misura il grado di applicazione da parte delle regioni delle attività di controllo analitico (chimico e microbiologico) nelle fasi della commercializzazione o somministrazione (ristorazione pubblica e ristorazione collettiva) degli alimenti pronti al consumo. Ciò consente, in un'ottica di controllo integrato di filiera "dal campo alla tavola", il monitoraggio dell'ultima fase della catena di produzione, in cui è ancora possibile prevenire i rischi prima dell'assunzione degli alimenti. Per il denominatore*: numero minimo di campioni raccomandato dal DPR 14 luglio 1995 che detta criteri uniformi per l'elaborazione dei programmi di controllo ufficiale degli alimenti e bevande. Per il numeratore: numero di campioni analizzati, comunicati al Ministero della salute con il Modello A del D.M. 8 ottobre 1998.* sino al termine delle attività del gruppo di lavoro congiunto Ministero-Servizi regionali per l'aggiornamento dei parametri di riferimento, restano validi quelli fissati dai citati artt. 5 e 6

Definizione	Formola	Note per l'elaborazione
7 Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO	L'indicatore complessivo è dato dalla somma ponderata dei tassi specifici per patologia (grezzi o standardizzati). Per ciascuna patologia deve essere separatamente calcolato il tasso di ospedalizzazione, grezzo o standardizzato a seconda delle specifiche riportate. L'indicatore complessivo viene calcolato considerando il peso della fascia di età di ciascuna patologia nella popolazione nazionale; tali pesi sono quindi calcolati come il rapporto tra le popolazioni della fascia d'età considerata per il T.O. di una singola patologia rispetto alla popolazione nazionale per l'anno di riferimento.	Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti. Fonte: SDO L'indicatore viene calcolato considerando tutte le dimissioni ordinarie acute effettuate presso le strutture pubbliche e private da parte delle popolazioni residenti a prescindere dal luogo di effettuazione del ricovero, escludendo la mobilità passiva. Si considerano le diagnosi principali Fonte: Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento
8 Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	$(\text{Numero anziani trattati in ADI} / \text{Popolazione anziana residente}) * 100$	Anziani: 65 anni e più Fonti: ISTAT - popolazione 65+ residente al 1° gennaio anno riferimento; SIS Modello FLS21 quadro H (ADI)
9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	$((\text{Giornate di assistenza agli anziani} / 365) / \text{Popolazione anziana residente}) * 1.000$	Anziani: 65 anni e più Fonti: ISTAT – popolazione 65+ residente al 1° gennaio anno riferimento; SIS Modello STS.24 quadro G “Attività residenziale” (Giornate di assistenza agli anziani)
9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	$(\text{Posti nelle strutture residenziali per anziani} / \text{Popolazione anziana residente}) * 1.000$	Anziani: 65 anni e più Fonti: ISTAT – popolazione 65+ residente al 1° gennaio anno riferimento; SIS Modello STS.24 quadro G (Posti delle strutture per attività residenziale, anziani)
10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	$(\text{Giornate di assistenza per attività residenziale rilevate con il modello RIA.11 quadro H} / 365 + \text{Giornate di assistenza per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS.24 quadro G} / 365) / \text{Popolazione residente} * 1.000$	Fonti: ISTAT – popolazione residente al 1° gennaio anno riferimento; SIS Modello RIA.11 quadro H (Giornate di assistenza per attività residenziale); SIS Modello STS.24 Quadro G (Giornate di assistenza per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici).
10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	$(\text{Giornate di assistenza per attività semiresidenziale rilevate con il modello RIA.11 quadro H} / 365 + \text{Numero di giornate per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS.24 quadro F} / 365) / \text{Popolazione residente} * 1.000$	Fonti: ISTAT – popolazione residente al 1° gennaio anno riferimento; SIS Modello RIA.11 quadro H (Giornate di assistenza per attività semiresidenziale); SIS Modello STS.24 Quadro F (Giornate per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici)
10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	$(\text{Posti per assistenza residenziale rilevati con il modello RIA.11 quadro F} + \text{Posti per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevati con il modello STS.24 quadro G}) / \text{Popolazione residente} * 1.000$	Fonti: ISTAT – popolazione residente al 1° gennaio anno riferimento; SIS Modello RIA.11 quadro F (Posti delle strutture per attività residenziale per disabili); SIS Modello STS.24 Quadro G (posti per attività di assistenza residenziale ai disabili psichici e ai disabili fisici)
10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	$(\text{Posti per assistenza semiresidenziale rilevati con il modello RIA.11 quadro F} + \text{Posti per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevati con il modello STS.24 quadro F}) / \text{Popolazione residente} * 1.000$	Fonti: ISTAT – popolazione residente al 1° gennaio anno riferimento; SIS Modello RIA.11 quadro F (Posti delle strutture per attività semi-residenziale per disabili); SIS Modello STS.24 Quadro F (posti per attività di assistenza semiresidenziale ai disabili psichici e ai disabili fisici)

Definizione	Formula	Note per l'elaborazione
11 Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	$(\text{Posti letto in hospice} / \text{Media deceduti per tumore}) * 100$	Fonti NSIS dall'anno 2007 al 2012: Modello STS.24 quadro G – attività residenziale assistenza ai malati terminali e modelli HSP22.bis e HSP13 quadro E per i posti letto in Degenza Ordinaria afferenti i reparti della disciplina 99 "cure palliative/hospice" ISTAT – mortalità per cause di tumore, ultimo triennio disponibile
12 Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	$(\text{Consumi del PHT, espressi in DDD, in distribuzione diretta e per conto} / \text{consumi del PHT, espressi in DDD, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata}) * 100$	Fonti: NSIS - DM 31 luglio 2007 - Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto – Tracciato Fase 3; AIFA - Farmaceutica convenzionata I farmaci del PHT rappresentano i farmaci della cosiddetta continuità assistenziale ospedale/territorio
13 Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	$(\text{Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica effettuate} / \text{Popolazione residente}) * 100$	Codice prestazione: 88.91.1 - 88.91.8 ; 88.92 - 88.92.9; 88.93 - 88.93.1; 88.94.1- 88.94.3; 88.95.1 – 88.95.6. Fonte: Nsis - Flusso di specialistica ambulatoriale Art 50 (Legge 326/2003)
14 Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 100.000 ab.	$(\text{Numero utenti in carico annualmente nei centri di salute mentale} / \text{Popolazione residente}) * 100.000$	Per utente preso in carico si intende l'utente per il quale è stato aperto un contatto presso la struttura
15.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti	$(N \text{ dimissioni} / \text{Popolazione residente}) * 1.000$	Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza in modalità ordinaria e diurna per le discipline di acuti, riabilitazione e lungodegenza. Fonte SDO Per la modalità diurna considerare come ricovero unitario l'intero ciclo di trattamento del paziente nella medesima struttura e non i singoli accessi nell'arco di un anno. Sono esclusi i neonati sani. Il trasferimento di un paziente da un'unità operativa all'altra dello stesso istituto non comporta la compilazione di una nuova scheda di dimissione. Fanno eccezione i casi di passaggio da ricovero ordinario a ricovero diurno o viceversa e i passaggi da ricovero per acuti o riabilitazione o lungodegenza e viceversa. La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al censimento 2001 Fonte: Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento
15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	$(\text{Numero di dimissioni diurne di tipo diagnostico} / \text{Popolazione residente}) * 1.000$	Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza in modalità diurna per le discipline per acuti. Fonte SDO Fonte: Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento
15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	$(N \text{ accessi diurni di tipo medico} / \text{Popolazione residente}) * 1.000$	Giornate di degenza nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti in modalità diurna per le discipline per acuti. La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al censimento 2001 Fonte SDO
16 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	$(N \text{ dimissioni con DRG chirurgico} / \text{numero complessivo di dimessi}) * 100$	Numero delle dimissioni con DRG chirurgico in modalità ordinaria. Attività erogata dalla regione per residenti e non residenti. Acuti. Fonte: SDO

Definizione	Formula	Note per l'elaborazione
17 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	$(N. \text{ dimissioni in degenza ordinaria con DRG "inappropriato" } / N. \text{ dimissioni in degenza ordinaria con DRG non "inappropriato"})$	L' indicatore è calcolato come rapporto tra le dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B (cfr. art 6, c.5) e le dimissioni non attribuite ai suddetti DRG ad alto rischio di inappropriatazza. Attività erogata dalla regione per residenti e non residenti in regime ordinario. Fonte SDO
18 Percentuale parti cesarei ³	$(\text{Dimissioni con parto cesareo} / \text{Totale dimesse per parto}) * 100$	Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti. Fonte: SDO Parti cesarei DRG 370;371 - Totale parti DRG 370;371;372;373;374;375.
19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	$(\text{Dimissioni con diagnosi principale di frattura del femore con degenza preoperatoria compresa fra 0 e 2 giorni (inclusi gli estremi)}) / (\text{numero dimissioni con diagnosi principale di frattura del femore})$	Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per rottura del femore. Sono da escludere i trasferiti, i politraumatizzati, i ricoveri preceduti da ricovero con diagnosi di frattura del collo del femore nei 2 anni precedenti, i ricoveri preceduti da ricovero con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno nel ricovero in esame o nei 2 anni precedenti, i decessi e le dimissioni volontarie. Fonte: SDO
21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno.	Decreto 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza". Contenuti informativi rilevati ai fini dell'indicatore: Data/Ora Inizio Chiamata, Data/Ora Arrivo Mezzo, Mezzo di Soccorso, Codice Intervento, Criticità Presunta, Numero missione, Esito missione, Codice tipologia mezzo di soccorso. Ai fini del calcolo dell'indicatore, considerare i tempi compresi tra 1 minuto e 180 minuti. Applicare i seguenti criteri: - Per Criticità Presunta: considerare i codici di criticità presunta Rosso e Giallo; - Selezionare come primo tempo dell'intervallo quello associato al primo mezzo di soccorso arrivato sul posto.

Per la maggior parte degli indicatori è stato possibile ricostruire la serie storica dal 2001, mentre per alcuni il primo anno di rilevazione è successivo. Per questi ultimi indicatori, l'istituzione e l'entrata a regime dei flussi informativi specifici hanno prodotto dati robusti e validi per la comparazione interregionale solo in periodi più recenti.

Gli indicatori con serie storica limitata e non disponibile dal 2001 sono i seguenti

- 2 Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (disponibile dal 2003);

³ Poiché le modalità di calcolo dell'indicatore "percentuale parti cesarei primari" inserito nella Griglia LEA 2012, non consentono un raffronto omogeneo dei valori negli anni di osservazione, l'indicatore considerato ai fini dell'analisi è la "percentuale parti cesarei". Si consideri che il flusso delle schede di dimissioni ospedaliere è a regime dal 2001 e pertanto non è possibile ricostruire la "storia clinica" nell'arco temporale di 10 anni per le donne con pregresso parto cesareo se non dal 2011.

- 5.3 Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina (disponibile dal 2007);
- 6.1 Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui (disponibile dal 2006);
- 6.2 Percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95 (disponibile dal 2005);
- 11 Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100) (disponibile dal 2007);
- 13 Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti (disponibile dal 2009);
- 21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti) (disponibile dal 2010);

Dal novero degli indicatori presentanti in questo lavoro sono stati esclusi gli indicatori 4 – *“Percentuale di unità controllate sul totale da controllare”* e 14 – *“Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 100.000 abitanti”* che si basano sulla dichiarazione autocertificata delle Regioni e che possono rappresentare delle misure fuorvianti proprio per l’assenza di un flusso informativo di riferimento e l’indicatore 12 *“Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT”*, per cui il dato quantitativo dei consumi rilevati con il flusso della distribuzione diretta può definirsi sufficientemente significativo a partire dall’anno 2012 e pertanto non è stato possibile ricostruirne il trend.

Nella tabella 2 seguente si illustrano gli indicatori selezionati per i quali è stato possibile ricostruire l’intero trend temporale 2001 – 2012.

Tabella 2 - Disponibilità dati_Set indicatori Griglia LEA_2001_2012

Definizione
1.1 Copertura vaccinale (%) nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
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)
3 Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (€)
5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL’UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza
5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL’UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all’OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l’80% dei casi nonchè riduzione della prevalenza in tutte le specie
7 Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell’anziano, BPCO. (Indice pesato per fasce d’età)
8 Percentuale di anziani ≥65 anni trattati in ADI
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

Definizione
10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali 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
10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti
15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti
15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti
16 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari
17 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario
18 Percentuale parti cesarei
19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario

La fase di raccolta ed elaborazione dei dati ha interessato e coinvolto le diverse Direzioni del Ministero della Salute⁴, gli Assessorati alla Sanità delle Regioni, l'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, l'AIFA e l' Osservatorio Nazionale Screening. Il monitoraggio è stato esteso a tutte le Regioni e le Province Autonome e non solo a quelle coinvolte nell'ambito della Verifica Adempimenti. Gli indicatori sono stati calcolati utilizzando i dati dei flussi nazionali correnti .

I dati relativi al periodo analizzato indicato nella tabella 2 erano completi per tutte le Regioni per 24 indicatori sui 31 analizzati.

La tabella 3 riporta, in ordine decrescente, la percentuale dei valori mancanti per gli indicatori in cui la rilevazione non è stata esaustiva per tutte le Regioni e per tutti gli anni considerati.

Tabella 3 – Percentuale valori mancanti indicatori Griglia LEA

Indicatore	Valori mancanti (% sul totale dei valori osservati)
5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	8,7%
6.2 CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE: percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	6,5%

⁴ Direzione Generale della Prevenzione, Dipartimento della Sanità Pubblica Veterinaria, della Sicurezza Alimentare e degli Organi Collegiali per la Tutela della Salute e le afferenti Direzioni DGISAN e DGSAF, Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute.

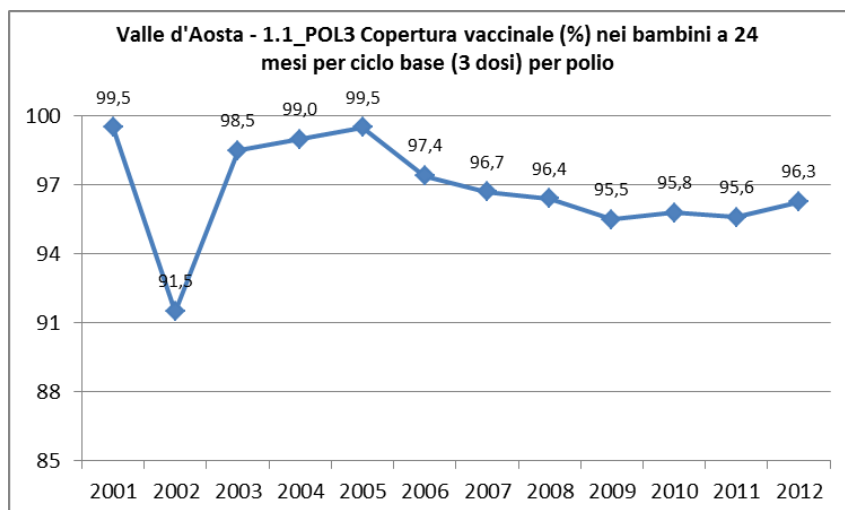
5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di riconrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie	6,3%
21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	4,8%
1.2 Copertura vaccinale (%) nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	2,8%
1.1 Copertura vaccinale (%) nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	2,6%
1.3 Copertura vaccinale (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	2,4%
9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	2,0%
9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	2,0%
8 Percentuali di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	1,2%
13 Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	1,2%

Ai fini dell'analisi, i valori mancanti sono stati stimati assegnando alla regione, il valore medio tra quello dell'anno precedente e quello successivo all'anno per cui l'informazione non era rilevata.

RAPPRESENTAZIONE GRAFICA

Per ciascuna Regione e per ciascun indicatore è stato predisposto un grafico che riporta il trend temporale. Sull'asse delle ascisse sono visualizzati gli anni di osservazione a partire dall'anno per cui sono disponibili i valori regionali di ogni indicatore, sulle ordinate la scala dei valori degli indicatori è compresa tra il valore minimo ed il valore massimo osservato tra le regioni nell'intero periodo. Per una più facile lettura sono valorizzate anche le etichette dati (vedi *Figura 2*).

Figura 2



Si specifica che per gli indicatori 5.1 – “Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza” e 5.2 - “Percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/11/2006 il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi e riduzione della prevalenza per tutte le specie”, nella rappresentazione grafica dei trend sono riportati i soli valori percentuali degli indicatori e non le altre informazioni qualitative previste dagli indicatori (“trend della prevalenza” per l’indicatore 5.1, “rispetto dei tempi” e “riduzione della prevalenza” per l’indicatore 5.2). Per gli indicatori 5.3 – “Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina” e 6.1 - “Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui”, i valori percentuali eccedenti il limite del 100%, date le modalità di calcolo (cfr. documento "[Adempimento mantenimento dell'erogazione dei LEA - anno 2012](#)”), sono riportati entro il suddetto limite.

Infine, nella tabella 4 è riportato per ciascun indicatore il verso positivo che indica il corretto mantenimento dell'erogazione dei LEA al fine di comprenderne l'evoluzione temporale.

Tabella 4 – guida alla lettura_trend indicatori Griglia LEA

Indicatore	Trend positivo dell'indicatore (se in)
1.1 Copertura vaccinale (%) nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Aumento
1.2 Copertura vaccinale (%) nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Aumento
1.3 Copertura vaccinale (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	Aumento
2 Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (score)	Aumento
3 Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (€)	Aumento
5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	Aumento
5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie	Aumento
5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	Aumento
6.1 CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI - Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	Aumento
6.2 CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE: percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	Aumento
7 Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO. (Indice pesato per fasce d'età)	Diminuzione

8 Percentuali di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	Aumento
9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	Aumento
9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	Aumento
10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	Aumento
10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	Aumento
10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	Aumento
10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	Aumento
11 Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	Aumento
13 Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	Direzione dell'intervallo di riferimento (cfr. Griglia LEA 2012)
15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti	Diminuzione
15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	Diminuzione
15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	Diminuzione
16 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	Aumento
17 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Diminuzione
18 Percentuale parti cesarei	Diminuzione
19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Aumento
21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	Diminuzione

I valori rappresentati nei grafici sono disponibili in una tabella in [formato xls](#) e [formato ods](#).