



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio 6 - Monitoraggio e verifica dell'erogazione dei LEA e dei Piani di rientro

VERIFICA ADEMPIMENTI LEA ANNO 2014

Maggio 2016

Introduzione	4
Adempimenti LEA 2014.....	5
c) Obblighi informativi	5
e) Mantenimento erogazione dei LEA	7
f) Assistenza ospedaliera	7
g) Appropriatelyzza.....	8
h) Liste d’attesa	9
l) Controllo spesa farmaceutica	11
n) Contabilità analitica	12
o) Confermabilità Direttori Generali	13
p) Dispositivi medici.....	14
s) Assistenza domiciliare e residenziale.....	15
t) Tariffe ospedaliere	16
u) Prevenzione	17
v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario	18
x) Implementazione percorsi diagnostico-terapeutici	19
y) LEA aggiuntivi.....	20
ah) Accreditalamento istituzionale	20
aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali.....	22
ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio.....	22
am) Controllo cartelle cliniche.....	23
ao) Cure palliative e terapia del dolore	24
ap) Sanità penitenziaria	25
as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti.....	26
at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN	27
au) Sistema CUP	28
aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM	28
aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND.....	29
aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE	30
aae) Attività trasfusionale	31
aaf) Percorso nascita	31
aag) Emergenza-urgenza	32
aah) Cure primarie	34
aai) Riabilitazione.....	35
aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	36
aak) Linee Guida per la dematerializzazione	37
aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica	37
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	40
aao) Linee di indirizzo per la telemedicina	40
Esito delle valutazioni – riepilogo nazionale.....	41
Esito delle valutazioni – dettaglio regionale	44
Abruzzo	44
Allegati Abruzzo	60
Basilicata	84
Allegati Basilicata	101

Calabria	125
Allegati Calabria	140
Campania	164
Allegati Campania	182
Emilia Romagna	207
Allegati Emilia Romagna	222
Lazio	247
Allegati Lazio	268
Liguria	294
Allegati Liguria	309
Lombardia	334
Allegati Lombardia	351
Marche	375
Allegati Marche	392
Molise	416
Allegati Molise	433
Piemonte	457
Allegati Piemonte	477
Puglia	501
Allegati Puglia	518
Sicilia	543
Allegati Sicilia	561
Toscana	586
Allegati Toscana	603
Umbria	627
Allegati Umbria	644
Veneto	669
Allegati Veneto	686

Il presente documento è stato realizzato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 6 - Monitoraggio e verifica dell'erogazione dei LEA e dei Piani di rientro, Direttore Dott.ssa Lucia Lispi.

A cura di:

Dott.ssa Claudia Ruina

Dott.ssa Mariella Ryolo (ALMAVIVA)

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 2014**) viene riportato l'elenco degli adempimenti oggetto di verifica per l'anno 2014, corredato della normativa di riferimento, dei criteri di valutazione e degli Uffici/Enti responsabili dell'istruttoria.

Per quanto riguarda gli Uffici del Ministero della salute, si fa riferimento all'organizzazione antecedente al riordino previsto dal DM dell'8 aprile 2015.

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 2014, 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.

Il Questionario 2014 e le rispettive Note per la compilazione sono consultabili sul portale del Ministero della salute www.salute.gov.it.

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 2013.

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, 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'adempimento 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 modelli CE o LA modificati.

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria.

Statistiche

- *adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel DM 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 2013.

Per ogni flusso informativo necessario al monitoraggio dei LEA, viene valutata la copertura e la qualità dei dati.

A ciascuno dei flussi di seguito riportati è attribuito un peso:

- CEDAP - Certificato di Assistenza Al parto - Percentuale di schede parto che presentano dati validi
- FLS.11 - Dati di struttura e di organizzazione della unità sanitaria locale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)
- FLS.12 - Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)
- HSP.11/12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)
- HSP.11/13 - Posti letto per disciplina delle case di cura private (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)
- HSP.14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)
- FLS.21 - Attività di assistenza sanitaria di base (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)
- Tabella 1C bis - Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private accreditate e non accreditate (D.M. 29.01.2013 e Circolare del Conto Annuale)
- RIA.11 - Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78 (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)
- STS 14 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)
- STS.21 - Assistenza specialistica territoriale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)
- STS.24 - Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)
- HSP.24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)
- DATI SDO - Media pesata errori riscontrati
- Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)
- Screening oncologici - Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati

Viene inoltre espressa una valutazione complessiva della copertura e della qualità.

Si rinvia alle Note per la compilazione del Questionario LEA per la descrizione dei criteri di copertura e qualità di ciascun flusso informativo sopra elencato, e delle soglie relative alle valutazioni complessive per gli adempimenti C.2 e C.3.

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 presente nel Questionario (Griglia LEA) corrisponde per ogni Regione un valore finale, derivante da un sistema di ponderazione che tiene conto del peso di ogni indicatore e della relativa classe di punteggio, calcolato secondo le indicazioni riportate nelle Note per la compilazione.

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 e' compatibile una variazione, che non puo' 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 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 il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 160 per 1000 ab. residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 25%.

Criteri di valutazione

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

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 2014 (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 2014.

La verifica dell'adempimento è a cura del Ministero della salute sulla base dei dati NSIS HSP.12, HSP.13 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, concernente il Patto per la salute 2010-2012).

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

Criteri di valutazione

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

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 inappropriata 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 2013.

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 $\geq 90\%$.
- per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, RMN Colonna vertebrale, Ecografia ostetrica-ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica, 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 già previste per l'anno 2013 (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici) è $\geq 50\%$.

Ai fini informativi si chiede alla Regione la compilazione del file Excel relativo al Monitoraggio ex post.

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 $\geq 90\%$ sia per la classe B che per la classe D.

Si terrà conto del trend di miglioramento nella trasmissione e qualità dei dati della Regione nel triennio 2012-2014.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero.

In riferimento alla normativa SDO saranno estrapolati i tempi di attesa di: Intervento chirurgico tumore Mammella e intervento chirurgico tumore colon retto.

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%.

Ai soli fini informativi saranno acquisiti dall'Ufficio competente per l'anno 2014 i dati degli interventi relativi a Tumore della mammella e Tumore del colon retto.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni.

Sarà richiesto l'effettivo monitoraggio da parte della Regione sugli interventi messi in atto dalle strutture sanitarie per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni. Sarà richiesto se la Regione effettua un monitoraggio sulle eventuali chiusure delle Agende di prenotazione e quali interventi adotta al riguardo.

H.5 Monitoraggio PDT complessi.

Permangono gli stessi criteri in base alle Linee guida che prevedono sostituzione/inserimento/modifica di PDT in base alle indicazioni del gruppo di lavoro Agenas - Regioni - Ministero (può cambiare la prestazione su suggerimento del gruppo tecnico sulle liste d'attesa).

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

Compilare la tabella riportata nel Questionario relativa alla presenza, sui siti web delle Aziende erogatrici pubbliche (ASL, AO, AOU, IRCCS, Policlinici Universitari), dei dati relativi alla sezione liste e tempi di attesa.

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 sfioramento; 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 sfioramento 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 2014 – Ministero 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 2013

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.", a 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, B1 e 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 100%, 66%, 66% e 66% del totale delle proprie aziende sanitarie; per il 2014 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 2015 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 2015 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 100% 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 Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

Criteri di valutazione

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

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").*
- *DM 25 novembre 2013: Ampliamento del nucleo di informazioni essenziali relative ai contratti di dispositivi medici previsto dall'articolo 6, comma 2, del decreto 11 giugno 2010, recante «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 2013.

La valutazione tiene conto dei dati relativi al consumo dei dispositivi medici presenti nel NSIS relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014.

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 65% 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).
- è stata avviata la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013.

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 in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza domiciliare (DM 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare");*
- *DM 6 agosto 2012 "modifiche al DM 17 dicembre 2008 recante "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare";*
- *verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (DM 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali").*

Criteri di valutazione

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

S.1-S.2

La certificazione sintetica terrà conto dei seguenti punti: 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, erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare e assistenza residenziale e semiresidenziale rilevata attraverso i flussi NSIS.

Punteggio massimo attribuito: 32 punti

- Offerta assistenziale: 9 punti (minimo 4 punti)
- Ripartizione degli oneri: 9 punti (minimo 4 punti)
- Cure domiciliari: 5 punti (minimo 3)
- Cure residenziali: 8 punti (minimo 4 punti)
- Cure semiresidenziali: 1 punto (minimo)

La Regione si considera inadempiente se non raggiunge il punteggio totale di almeno 18.

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.

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 FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali.

- Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS.21
- 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 STS.24 – quadro F e G

Numero ammissioni attive con FAR/ Numero utenti rilevati con modello STS.24-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 STS.24 - 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.

Uffici istruttori

Ufficio II DG Programmazione Sanitaria

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

t) Tariffe ospedaliere

- 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 2013.

Nella valutazione si prenderanno in considerazione i provvedimenti adottati dalla Regione in merito alla riduzione tariffaria nei reparti di lungodegenza nel caso del superamento della soglia di 60 giorni.

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 2013.

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 - Accredimento 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 2013.

Ai fini della valutazione si terrà conto:

1. del Piano di Formazione Continua Regionale;
2. dell'atto amministrativo di adozione del manuale di accreditamento dei provider regionali.

Le Regioni devono dare atto dell'esistenza del manuale di accreditamento con riferimento all'atto amministrativo di adozione.

3. dell'attività di monitoraggio condotta sullo stato di attuazione della procedura 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).

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

- art. 4, comma 1, lettera g) dell'Intesa Stato-Regioni 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;*
- 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 D.Lgs. 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 2013.

Si chiede alla Regione l'individuazione di almeno 6 PDTA tra quelli elencati nel Questionario 2013 suddivisi per aree/ambiti diversi con max 2 dei 6 PDTA inseriti nella voce "Altro PDTA".

Ai fini informativi si chiede inoltre di illustrare le modalità di monitoraggio dei PDTA individuati.

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, di 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 dicembre 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 2013.

La valutazione avverrà previa verifica del "provvedimento ricognitivo" dei LEA aggiuntivi previsto dall'art 4 del Nuovo Patto per la Salute 2010-2012. In tale provvedimento 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 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) Accredитamento 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 DL 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"».

Criteri di valutazione

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

AH.1

La Regione deve adottare e trasmettere l'atto con cui viene recepita l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, se non già recepita e trasmessa per l'anno 2013.

AH.2

Verrà valutata l'aderenza al dettame normativo come novellato dalla legge 27 febbraio 2014 n. 15.

Pertanto la Regione dovrà confermare l'avvenuta conclusione del percorso di accreditamento istituzionale per tutte le strutture sanitarie (il cui termine è concluso da tempo) e socio sanitarie; per queste ultime il termine per concludere l'iter di accreditamento è stato fissato al 31 ottobre 2014 ai sensi della L. n. 15/2014.

Le Regioni devono allegare una rendicontazione delle criticità e gli interventi attuati per risolverle, nonché la formulazione di un preciso cronoprogramma delle attività in prospettiva della conclusione dell'iter di accreditamento di tutte le strutture, indicandone la relativa tempistica.

AH.3

Ai soli fini informativi si chiede alla Regione, laddove abbia provveduto alla verifica dei requisiti da implementare, di fornire elementi sull'adeguamento ai contenuti dell'Intesa del 20 dicembre 2012.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Programmazione Sanitaria

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).

ai) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

- le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano trasmettono al Ministero della salute e al Ministero 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 2013.

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 2014, 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).

- Accordo Stato-Regioni 23 Marzo 2011 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 2013.

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 programmatico, 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'adempimento 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.

Inoltre, ai fini informativi, per garantire la corretta interpretazione dei dati forniti, si richiede una breve relazione esplicativa della distribuzione territoriale della rete laboratoristica pubblica.

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 (art. 79 comma 1 septies legge 6 agosto 2008 n. 133).

All'art. 88 della Legge 23 dicembre 2000, n. 388, il comma 2 e' 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 DL 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 2013.

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 inappropriately 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.

ao) Cure palliative e terapia del dolore

- *determinare standard qualitativi e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali (Decreto 22 febbraio 2007, n. 43 "Regolamento recante: definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1 comma 169 della L. 30 dicembre 2004 n. 311");*
- *Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", articolo 3, comma 3;*
- *Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2010 sulla proposta del Ministro della salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale-Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38;*
- *Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore.*
- *DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli hospice"(il suddetto sistema è finalizzato alla raccolta delle informazioni relative all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria erogata presso gli hospice);*
- *Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sulla proposta del Ministero della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.*
- *verifica della disponibilità e completezza dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice").*

Criteri di valutazione

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

AO.1

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 correnti valutazioni relative all'anno 2014, i valori riportati nella tabella al punto AO.1.4, 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

La valutazione terrà conto della disponibilità e completezza dell'acquisizione in 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 STS.11.

Valore di riferimento = 100

Accettazione della variabilità = 10

Valore regionale compreso tra 90 e 110 = Adempiente

Valore regionale non compreso tra 90 e 110 = Inadempiente

L'adempienza globale sarà garantita dalla valutazione di adempienza su entrambe le misure.

AO.3

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:

- attivazione della rete;
- misurazione della severità del dolore;
- prescrizione della terapia antalgica anche con oppiacei;
- valutazione efficacia della terapia.

La Regione deve inoltre allegare la relativa documentazione.

Ai fini informativi, si chiede alla Regione di fornire informazioni circa l'attivazione di azioni di monitoraggio del percorso/verifica delle prestazioni erogate.

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";*

- Legge 17 febbraio 2012, n. 9 Conversione in legge, con modificazioni, del DL 22 dicembre 2011, n. 211, recante "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri", e successive modificazioni, art. 3-ter

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.

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, si valuteranno le iniziative assunte dalle Asl adeguatamente documentate.

Fermo restando quanto sopra, la valutazione sarà positiva nel caso in cui la Regione:

- abbia risposto positivamente al quesito relativo alla dimissione degli internati, ovvero evidenzi nel corso del 2014 una percentuale di dimissioni superiore al 50% e comunque in crescita rispetto al 2013;
- abbia formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti di parte corrente di cui all'art. 3-ter della legge n. 9/2012 per il funzionamento delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e per il potenziamento dei servizi territoriali per la salute mentale, in coerenza con le indicazioni del Ministero della salute.

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, delle attrezzature 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 2013.

AS.1

Sarà oggetto di verifica il monitoraggio l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali. L'adempienza sarà raggiunta qualora la Regione abbia implementato almeno 10/15 raccomandazioni nell'80% delle strutture sanitarie.

AS.2

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 preparazioni antitumorali rispetto al totale delle strutture che erogano prestazioni oncologiche sia almeno il 60%.

A scopo informativo è richiesta una relazione sulla presenza di una procedura per la gestione del paziente in corso di terapia con antitumorali anche alla luce di terapie a lungo termine e nell'ottica della continuità ospedale-territorio.

AS.3

La valutazione di adempienza sarà effettuata sulla base della compilazione della Tabella 1 (Corsi attivati a livello delle singole Aziende Sanitarie, Aziende ospedaliere, Policlinici Universitari) e della Tabella 2 (Corsi di Sicurezza del Paziente attivati direttamente dalla Regione) riportate nel Questionario.

AS.4

Monitoraggio dell'adozione della Check-list in Sala operatoria. Ai fini dell'adempienza il 90% delle UO chirurgiche deve utilizzare la Check-list di chirurgia.

AS.5

La Regione deve predisporre un piano di prevenzione delle cadute nelle Strutture Sanitarie.

AS.6

La Regione deve istituire un gruppo di esperti per l'analisi degli eventi sentinella e predisporre un sistema di monitoraggio dei piani di miglioramento attivati successivamente agli eventi stessi.

L'adempienza è raggiunta qualora la Regione trasmetta l'atto formale di istituzione degli esperti per l'analisi degli eventi sentinella e i riferimenti relativi al sistema di monitoraggio dei piani di miglioramento.

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 Decreto 17 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

Sarà monitorato periodicamente lo stato di avanzamento del PAC ex art. 2 del DM 1 marzo 2013.

Uffici istruttori

Valutazione congiunta Ministero dell'economia e finanze - Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria (Regioni che hanno sottoscritto un Piano di rientro).

Valutazione a cura del Ministero dell'economia e finanze (Regioni che non hanno sottoscritto un Piano di rientro).

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 2013.

La Regione viene considerata adempiente se fornisce i seguenti indicatori di performance per singolo CUP per l'anno 2014:

- numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici
- numero di prenotazioni effettuate: numero totale di prestazioni prenotate attraverso il CUP
- numero di prestazioni prenotate e non erogate per abbandono dell'utente, senza disdetta
- numero di prestazioni prenotate e disdette dall'utente con il dovuto anticipo
- numero di prestazioni erogate: numero totale di prestazioni erogate, prenotate attraverso il CUP e non prenotate attraverso il CUP, ad esclusione delle prestazioni ad accesso diretto (esami di laboratorio e altre che non richiedono prenotazione).

Indicatore monitorato:

Scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate: (e) - [(b) - (d)]

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 in NSIS del flusso informativo dei dati relativi alla assistenza per salute mentale (DM 15 ottobre 2010 "Istituzione del sistema informativo per la salute mentale").

Criteri di valutazione

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

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 2014.

Livello di analisi: Regione

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - 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.

Uffici istruttori

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

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

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

Criteri di valutazione

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

La valutazione tiene conto dei dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2014.

Livello di analisi: Regione

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013

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

- art. 12 del DL 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 2013.

La valutazione ad opera della Direzione Generale della digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, tiene conto della presentazione del piano di realizzazione del FSE entro il termine del 30.06.2014 e dell'approvazione del piano medesimo.

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 2013, in particolare il punto AAE.2.2, relativo al monitoraggio da parte della SRC delle attività e dei risultati dei Comitati Ospedalieri per il Buon Uso del Sangue (COBUS), ed il punto AAE.4.1, relativo al recepimento dell'Accordo Stato-Regioni 13 marzo 2011 riguardante le MEC (Malattie Emorragiche Congenite).

Ai fini della certificazione positiva per l'anno 2014, si ritiene indispensabile l'ottemperanza ai primi due adempimenti previsti al punto AAE.1, relativi all'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (AAE.1.1, AAE.1.2), considerando invece il terzo punto informativo e non vincolante (AAE.1.3).

Per gli adempimenti di cui al punto AAE.2 la Regione si considera adempiente se allega documentazione relativa all'ultimo piano di autosufficienza regionale.

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).*

Criteri di valutazione

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

AAF.1

In attuazione dell'Accordo del 16 dicembre 2010, la valutazione terrà conto del completamento della riorganizzazione dei punti nascita regionali sulla base della tabella compilata a cura del Ministero (fonti dati CEDAP e modelli NSIS HSP.11 "Dati anagrafici delle strutture di ricovero" e HSP.11bis "Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero").

AAF.2

L'Accordo del 16 dicembre 2010 prevede che vengano costituiti Comitati percorso nascita aziendali. L'adempienza sarà valutata in base all'attivazione da parte della Regione del monitoraggio sulla Costituzione dei Comitati percorso nascita aziendali.

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 24h/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 in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza in emergenza urgenza (DM 17 dicembre 2008 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza”).

Criteri di valutazione

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

AAG.1

Si chiedono a titolo informativo 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

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'emergenza-urgenza presenti nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2014.

EMUR PS

Livello analisi: Strutture con DEA I / DEA II / PS/ PS Ped (HSP.11/HSP.11bis)

Indicatore di coerenza con il modello HSP.24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ n. accessi calcolati con HSP.24

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 2014 >= N. di chiamate al 118 anno 2013

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

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.*

- *Decreto Legge n. 158/2012 (Decreto Balduzzi) "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute". 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 secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali denominate Aggregazioni*

Funzionali Territoriali (AFT), 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 (UCCP) che erogano in coerenza con la programmazione regionale prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare le regioni disciplinano le UCCP privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata (h24) e che operano in coordinamento e collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

Criteri di valutazione

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

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 2013.

AAI.1.1

Sarà attribuito 1 punto per ciascuno dei Percorsi Riabilitativi o Profili Integrati di Cura che presentano le caratteristiche indicate.

AAI.1.2

Ai fini informativi si chiede alla Regione se effettua un monitoraggio dell'applicazione dei Percorsi indicati nelle Aziende sanitarie.

La valutazione di adempienza è assegnata alle Regioni che abbiano raggiunto un punteggio superiore a 4.

AAI.2

La valutazione degli indicatori è, per l'anno 2014, 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.

aa)) 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 2013 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

Strumento di valutazione: "Indicatori di performance" (vedi file Excel allegato per singola Regione).

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

Strumento di valutazione: "Obblighi informativi veterinari" (vedi file Excel allegato per singola Regione).

Soglia di sufficienza: raggiungimento di un punteggio $\geq 60\%$ rispetto al massimo raggiungibile e conseguimento del punteggio massimo in almeno 4 dei 6 flussi vincolanti previsti.

AAJ.1.3

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

Strumento di valutazione: "Questionario 2014" inviato alla Regione.

Soglia di sufficienza: per il 2014 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

Strumento di valutazione: "Questionario 2014" 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

Strumento di valutazione: "Questionario 2014" 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:

- definizione delle responsabilità (chi fa cosa);
- definizione delle modalità di attuazione della verifica (ad esempio procedure/modulistica/istruzioni).

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 2013.

La valutazione terrà conto della comparazione dell'indicatore:

- numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale / totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini in miglioramento rispetto all'anno precedente.

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 in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio della distribuzione diretta dei medicinali (DM 31 luglio 2007 e s.m.i "Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto").*
- *DM 6 agosto 2012 "modifiche al decreto 31 luglio 2007 recante "Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto come modificato dal decreto 13 novembre 2008".*
- *verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dei consumi ospedalieri di medicinali (DM 4 febbraio 2009 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero").*

Criteri di valutazione

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

AAL.1

Si chiede alla Regione, ai soli fini informativi, 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 all'AIFA.

AAL.2

La valutazione tiene conto dei dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci presenti nel NSIS relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014.

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 95% 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 95% 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

La valutazione tiene conto dei dati relativi ai consumi ospedalieri dei medicinali presenti nel NSIS relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014.

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 95% 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

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

AAM.1

Nel caso in cui la Regione non abbia pienamente adempiuto nell’anno 2013, sarà oggetto di valutazione l’avvenuta emanazione di specifici provvedimenti/iniziative per contenere il numero complessivo delle strutture semplici e complesse.

AAM.2

Per la valutazione dell'adempimento è necessario che la Regione raggiunga la copertura totale dei dati rilevati attraverso la Tabella 1G del Conto Annuale; pertanto la soglia che consente di poter ritenere affidabili ed utilizzabili i dati è stabilita nel 100%, in quanto i contenuti informativi della Tabella 1G sono alla base della compilazione da parte del Ministero della salute della tabella del Questionario.

Dalla lettura della tabella del Questionario 2014 (redatta a cura del Ministero) sarà esaminato il trend di avvicinamento agli standard per le Regioni che sono al di sopra degli standard individuati dal Comitato Lea in data 26.03.2012.

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

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

Le Regioni che non hanno recepito nell'anno 2013 l'Accordo del 6 dicembre 2012, ai sensi dell'articolo 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" dovranno recepirlo nell'anno 2014.

Uffici istruttori

Ufficio II DG Programmazione sanitaria.

aa0) Linee di indirizzo per la telemedicina

- recepimento delle Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina (Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" del 20 febbraio 2014).

Criteri di valutazione

Per l'anno 2014 le Regioni devono recepire l'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 sul documento recante "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali".

Uffici istruttori

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

Esito delle valutazioni – riepilogo nazionale

2014	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
e) Obblighi informativi	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI
	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI con impegno	SI	NO	SI con impegno	SI	SI	NO	NO	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	SI con impegno
e) Mantenimento erogazione dei LEA	SI	SI	SI RINVIA AL PDR	SI RINVIA AL PDR	SI	SI	SI	SI	SI	SI RINVIA AL PDR	SI	SI	SI	SI	SI	SI
f) Assistenza ospedaliera	SI	SI	SI	SI RINVIA AL PDR	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	SI	SI	SI	SI RINVIA AL PDR	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
g) Appropriattezza	SI	SI	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI RINVIA AL PDR	SI	NO	SI	SI	SI con prescrizione	SI
h) Liste d'attesa	SI	SI con impegno	NO	NO	SI	NO	SI con impegno	SI con impegno	SI	NO	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	SI con impegno	SI
I) 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	SI RINVIA AL PDR	SI	SI RINVIA AL PDR	SI RINVIA AL PDR	SI	NO	SI	SI	SI	SI RINVIA AL PDR	SI con impegno	SI RINVIA AL PDR	SI RINVIA AL PDR	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	SI	SI	SI	SI	SI
s) Assistenza domic. e residenziale	SI	SI con impegno	NO	SI con impegno	SI	NO	SI con impegno	SI	SI	NO	SI con impegno	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	SI
	SI	SI con impegno	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	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 (ex Piano Nazionale Prevenzione)	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI
v) Piano nazionale agg. Personale sanitario	SI	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
z) Impl. percorsi diagnostico terapeutici	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	SI	SI
g) LEA aggiuntivi	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	SI	SI con impegno	NO	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI
ah) Accreditamento istituzionale	NO	SI	SI	SI RINVIA AL PDR	SI	SI RINVIA AL PDR	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	NO	SI	SI	SI
aj) Sperimentazioni gestionali	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ak) Riorganizz. rete laboratori	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI RINVIA AL PDR	SI RINVIA AL PDR	SI	SI	SI

2014	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
am) Controllo cartelle cliniche	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ao) cure palliative	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	NO	SI	SI	SI
	SI	SI con impegno	NO	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
ap) Sanità penitenziaria	SI con impegno	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti	SI	SI	SI	NO	SI	SI con impegno	SI	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	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
aab) Sistema informativo per salute mentale NSIS-SISM	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI
aac) Sistema informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aae) Attività trasfusionale	SI	SI	SI	NO	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aaf) Percorso nascita	SI	SI	NO	NO	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI
aag) Emergenza-urgenza	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	SI rinvia al PDR	SI con impegno	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aah) Cure primarie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
aai) Riabilitazione	SI	SI	SI con impegno	NO	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI	NO	SI	SI	SI	SI
aa) Prevenzione in sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria	SI	SI	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	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

2014	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica	SI	Si rinvia al punto I)	Si rinvia al punto I)	Si rinvia al punto I)	SI	Si rinvia al punto I)	SI	SI	Si rinvia al punto I)	Si rinvia al punto I)	Si rinvia al punto I)	Si rinvia al punto I)	Si rinvia al punto I)	SI	Si rinvia al punto I)	SI
	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN	SI	SI	SI con impegno	NO	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	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
aaO) Linee di indirizzo per la telemedicina	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 trasmesso tutti i modelli previsti dall'adempimento garantendo la qualità degli stessi. Ha inoltre trasmesso gli Allegati 5 e 6 del modello LA e la relativa riconduzione ai singoli livelli di assistenza; i dati in essi contenuti corrispondono ai valori immessi nel NSIS.

Statistici

ADEMPIENTE

Si segnala, in via preliminare, che nella verifica per l'anno 2013 la regione Abruzzo era risultata adempiente con impegno a risolvere le criticità evidenziate sulla tempestività e la qualità dei dati rilevati dai flussi informativi STS.11 e STS.24 relativi all'assistenza sanitaria territoriale semiresidenziale e residenziale.

Per quanto riguarda il 2014 la copertura e la qualità dei dati risultano buone.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Abruzzo con un punteggio pari a 163 (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), 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano, 5.2 Malattie animali trasmissibili all'uomo (già rilevata dal 2012), 5.3 Anagrafi animali - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana (già rilevata dal 2012), 9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti (già rilevata nel 2013) e 12 Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT (già rilevata nel 2013).

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2015, la regione Abruzzo ha una dotazione di 4.387 posti letto, pari a 3,29 per 1.000 abitanti, di cui 2,79 per pazienti acuti (3.715 posti letto) e 0,50 per riabilitazione e lungodegenza (672 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 2015; pertanto, 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

In via preliminare si evidenzia che, in sede di valutazione per l'anno 2013, la Regione era stata considerata adempiente con impegno ad adottare misure di riorganizzazione atte a ricondurre

entro gli standard i valori di riferimento, mostrando un tasso di ospedalizzazione totale pari a 162,11 e una quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno del 27,89%.

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014) un tasso di ospedalizzazione totale per mille abitanti pari a 164,91 nel 2012, 162,11 nel 2013 e 153,76 nel 2014. La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, ma in decremento: 28.0% nel 2012, 27,89% nel 2013 e 27.24% nel 2014.

In riferimento a tale tematica, la Regione ha trasmesso due documenti inerenti rispettivamente disposizioni per il trasferimento al regime ambulatoriale del DRG 42 (DCA 18/14) e del DRG 410 (DCA 19/14) entrambi coerenti con l'obiettivo di definitivo contenimento della quota di ospedalizzazione riferita al ciclo diurno.

Tali interventi, unitamente al riscontro del rientro dei valori di ospedalizzazione totale entro lo standard e del decremento della quota per il ciclo diurno, consentono di ritenere assolto l'impegno 2013 e di considerare la Regione adempiente per il 2014.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La regione Abruzzo con una percentuale pari al 4,9% di DRG critici inferiore al valore mediano (8,8%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza.

Si segnalano criticità per i DRG 038, 039, 065, 073, 142 e 160 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

Dai dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 risulta che la percentuale di corretta compilazione dei campi raggiunge la soglia prevista.

Sulla base dei dati pervenuti relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (già previsti per l'anno 2013) e, ai soli fini informativi, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica-Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia, si constata che viene soddisfatta la soglia per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici.

Non è pervenuto il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto per l'anno 2014 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante.

Dai dati si ricava che la percentuale di garanzia per ambedue i periodi indice e per ambedue le classi di priorità raggiunge la soglia di adempienza.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Dai dati pervenuti risulta che la regione Abruzzo raggiunge per l'anno 2014 la soglia del 90% riguardo il campo Data di prenotazione e il campo Classe di priorità sia in regime ordinario che Day Hospital.

Ai soli fini informativi, si è proceduto all'esame dei dati in possesso del Ministero relativamente ai tempi di attesa per intervento chirurgico mammella e intervento chirurgico tumore colon retto. Da fonte "Rapporto SDO per l'anno 2014" risulta che l'attesa media in gg per intervento tumore mammella è di 29,3 gg rispetto la media nazionale di 24,7 gg; per intervento tumore colon retto è di 15,5 rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

Dai dati pervenuti risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

Con DGR 575/2011 "Approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa" sono state date indicazioni alle Aziende per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione.

La Regione comunica che non risultano sospensioni dell'attività di prenotazione presso le strutture sanitarie.

H.5 Monitoraggio PDT complessi

Dall'esame dei dati relativi al monitoraggio dei PDT complessi dai dati pervenuti risulta che il monitoraggio è effettuato. Si chiedono comunque chiarimenti per scheda By pass.

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

La Regione ha compilato la tabella attestante la verifica della presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web delle 4 Aziende erogatrici.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: ABRUZZO			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	228.634.150	9,39%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	3.236.506	0,13%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	4.596.683	0,19%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	656.511	0,03%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	64.885.707	2,66%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	32.743.773	1,34%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	9.114.404	0,37%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	23.629.369	0,97%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		294.144.561	12,08%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	2.435.284.489	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	276.404.790	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	17.739.771	0,73%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		51,4%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
M=E-L Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione		294.144.561	12,08%
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)	197.105.395	8,09%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	11.239.186	0,46%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	2.066.064	0,08%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	27.500	0,0011%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	238.085	0,01%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		118.648.853	4,87%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	2.435.284.489	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	85.234.957	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	781.000	0,03%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	0	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		130.669.039	5,37%
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	45.434.082	1,87%

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La regione Abruzzo ha trasmesso documentazione in base alla quale oltre agli obiettivi ancora da raggiungere nella Griglia Lea si evince che in base all'Accordo di programma in attuazione dell'art. 79, comma 1 sexies, lettera C, del D.L. 112/08 l' ammissione al finanziamento è ancora in itinere. Si attende di valutare gli sviluppi della contabilità analitica secondo il rispetto del Programma Operativo 2013-2015.

Si rinvia pertanto alla valutazione del suddetto Programma.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione in base alla DGR n. 593 del 23 settembre 2015 ha rispettato l'adempimento. Nel corso del 2014 è stato stipulato un nuovo contratto con il Direttore Generale di Teramo, nell'ambito del quale all'art. 5 si prevede espressamente che il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi costituisce grave inadempienza ai fini delle confermabilità dell'incarico.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 72,8% dei costi rilevati dai Modelli 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 23 luglio 2015. La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE

La Regione presentava per il 2013 un'adempienza con impegno ad adottare formalmente il 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. La Regione ha attemperato a tale richiesta approvando il DCA 13/2015. La documentazione inviata consente il superamento del suddetto impegno.

Per l'anno 2014 il punteggio totale riportato dalla Regione è di 29 punti, così ripartiti:

- Offerta assistenziale: 9 punti
- Ripartizione degli oneri: 7 punti
- Cure domiciliari: 5 punti
- Cure residenziali: 8 punti
- Cure semiresidenziali: 0 punti

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS.21= 113%

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 = 84,34%

Esito: Adempiente

- Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 7,39
- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	
2.745	2,09	4.305	3,28	869	0,66	1.833	1,40	9.752

Dati aggiornati all'8.7.15

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti(FAR)/Numero utenti rilevati con modello STS.24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= non è presente assistenza di tipo semi residenziale

Esito: Adempiente

Numero assistiti (FAR)/Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 113,42%

Esito: Adempiente

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 3,01
- 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.
249	0,19	2359	1,80	285	0,22	1063	0,81	3948	3,01	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3948

^(*) 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 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 55 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

La regione Abruzzo ha descritto il Sistema di formazione continua regionale allegando i provvedimenti adottati.

Per quanto concerne il piano formativo 2014, la Regione ha inviato un documento programmatico predisposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale e dalla Commissione Regionale ECM, con il quale sono state indicate, tra l'altro, le aree formative ritenute strategiche per il servizio sanitario regionale fornendo alle aziende sanitarie le linee di indirizzo per pianificare le attività formative.

Dal 12 ottobre 2012 ha realizzato il sistema di accreditamento dei provider regionali utilizzando la piattaforma dell'AGENAS, dotata di un sistema informatico in grado di trasferire i report dei partecipanti agli eventi formativi all'ente accreditante e al Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie (CoGeAPS), come richiesto dalla normativa.

Dal monitoraggio effettuato dalla Regione, sul sistema di accreditamento risultano accreditati 15 provider.

Inoltre, la regione Abruzzo dichiara che la Commissione Regionale ECM, con la determinazione n.4 del 28 aprile 2015, ha recepito gli strumenti e le modalità attuative elaborate dall'Osservatorio Nazionale.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE

La Regione ha strutturato da alcuni anni un sistema per l'individuazione e il monitoraggio di PDTA sia in ambito ospedaliero che territoriale, dei quali ha trasmesso l'atto formale.

La documentazione pervenuta dà riscontro del monitoraggio dei PDTA individuati. Viene precisato che per i PDTA attivati a livello aziendale la Regione istituirà un monitoraggio ad hoc al momento della formale adozione a livello regionale.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di garantire le seguenti prestazioni aggiuntive:

- assistenza farmaceutica: farmaci di fascia C ai soggetti affetti da malattie rare.

La Regione trasmette la nota del 22 maggio 2015, con la quale comunica che con DCA n. 71/2014 sono state emanate disposizioni in merito all'erogazione a carico del bilancio regionale di farmaci "Off-label" e farmaci di fascia C e C bis per pazienti affetti da malattie rare.

Il decreto pone gli oneri derivanti dall'erogazione dei farmaci suddetti a carico del bilancio regionale con imputazione su specifico capitolo di spesa denominato "Lea aggiuntivi per l'erogazione gratuita di farmaci di fascia C ai soggetti affetti da malattie rare". Nelle premesse al decreto è richiamato l'art. 6 comma 3 del DM n. 279/01 e lo schema di PNMR.

Nelle stesse premesse si specifica, inoltre, che *"alla luce dell'equilibrio economico assicurato dalla Regione Abruzzo ed attestato dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei Lea"* sussistono le condizioni per revocare il precedente DCA n. 21 del 2010 con il quale era stata disposta la sospensione dell'erogazione gratuita dei farmaci di fascia C ai soggetti affetti da malattie rare con imputazione della spesa sul FSR.

Con determinazione dirigenziale del novembre 2014 è stato disposto, per le suddette finalità, l'impegno della somma di € 200.000 ed è stato stabilito che si provvederà alla liquidazione ed al pagamento della predetta somma con successivo atto del dirigente del Servizio Assistenza

Farmaceutica e trasfusionale previa acquisizione, da parte della Asl, della rendicontazione delle spese sostenute per l'erogazione nel corso del 2014.

Nella nota si precisa che dal capitolo suddetto, nel corso del 2014, non si sono verificate uscite.

Nell'Allegato 5 al modello LA non è stato indicato alcun livello ulteriore.

In seguito alla richiesta di chiarimenti in ordine all'erogazione dei farmaci "Off-label" e farmaci di fascia C e Cbis per pazienti affetti da malattie rare, la Regione trasmette una nota del 29 settembre 2015, dove si ribadisce che dal capitolo di bilancio n. 81551, nel corso del 2014, non si sono verificate uscite. Si specifica, inoltre, che per l'anno 2015 il capitolo non è stato rifinanziato e che le modalità di prescrizione dei farmaci "Off-label" e farmaci di fascia C e Cbis per pazienti affetti da malattie rare, previste dal DCA n. 71/14, non sono state elaborate e promanate.

La Regione dichiara, quindi, che il predetto DCA n. 71/2014 non è stato applicato.

ah) Accreditamento istituzionale

INADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato di aver recepito l'Intesa del 20 dicembre 2012, tuttavia si evince che la situazione inerente l'accreditamento istituzionale non è conclusa per le strutture sanitarie e socio sanitarie. La regione ha dettagliato lo stato dell'arte in questo processo di certificazione e adeguamento, evidenziando come l'iter non appare del tutto concluso neppure per le strutture sanitarie, se non per le Case di cura.

La Regione informa, inoltre, che è in corso la costituzione di un Gruppo di lavoro deputato a porre in essere l'attuazione dei provvedimenti di definizione delle modalità e dei tempi di attuazione del Disciplinare previsto dall'Intesa.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La regione Abruzzo ha dichiarato, con nota prot. RA/125534/DPF, che non esistono, alla data del 31 dicembre 2014, programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali secondo l'art.9-bis del D.Lgs.502/92 e successive modificazioni, ovvero sulla base della normativa regionale o provinciale disciplinante la materia.

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

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato di non aver normato ulteriormente sulla riorganizzazione della rete laboratoristica, pubblica e privata; ha inoltre trasmesso una nota in merito alla regolamentazione del Service di laboratorio.

Con riferimento alla medicina di laboratorio ha risposto a tutti i quesiti, aggregando, come richiesto, il dato a livello regionale. Ha inoltre allegato la relazione illustrativa dello stato dell'arte del processo di riorganizzazione.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La Regione con nota prot. 125930 del 12.05.2015 e nota prot. 125922 del 12.05.2015 trasmette la Tabella 1 (Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) e la Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuazione dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009).

In riferimento alla Tabella 1 emerge che sia per le strutture pubbliche che per quelle private è stata eseguita una percentuale di controlli analitici casuali superiori al 10%; delle cartelle controllate non

sono state confermate quasi il 7% delle cartelle cliniche per le strutture pubbliche e quasi il 3% per le strutture private accreditate.

In riferimento alla Tabella 2 la Regione, sia per le strutture pubbliche che per le strutture private, assicura una percentuale di controlli superiore alla soglia del 2,5% sulla totalità delle cartelle cliniche; delle cartelle controllate non sono state confermate il 2% circa delle cartelle cliniche per le strutture pubbliche e il 7% circa per le strutture private accreditate. Si segnalano attività di controllo.

Riguardo le misure adottate, la Regione per le strutture pubbliche promuove il confronto costante con le UU.OO. per rivalutazioni, organizza dei corsi di formazione, favorisce gli incontri con i direttori di Dipartimento, con il coinvolgimento delle Direzioni Mediche di Presidio, per la valutazione dei risultati dei controlli del NOC 01, programma degli eventi formativi per la corretta compilazione delle SDO.

La Regione con nota prot. 209570 del 11.08.2015 ha trasmesso 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 controlli vengono effettuati attraverso i Nuclei Operativi di Controllo (NOC) delle AA.SS.LL.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Si valuta positivamente la documentazione trasmessa in merito alla rete di cure palliative e alla rete di terapia del dolore.

Allo stesso modo, si valutano positivamente le iniziative adottate in tema di informazione e accesso alle cure mentre, in riferimento alla formazione degli operatori, si ritiene utile che la Regione specifichi quali contenuti di natura tecnico-professionale siano stati somministrati in occasione della XXIII Giornata del sollievo.

In riferimento alla tabella degli indicatori per la verifica del raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi e strutturali, si osserva che l'indicatore n. 1 ha un valore inferiore allo standard, l'indicatore n. 6 ha un valore superiore alla soglia minima ma in decremento rispetto al 2013 (79% nel 2014 vs. 97% nel 2013), l'indicatore n. 7 è elevato ma in decremento rispetto al 2013 (31% nel 2014 vs. 35% nel 2013) e l'indicatore n. 8 risulta elevato (era al limite della soglia nel 2013); pertanto sono stati richiesti alla Regione chiarimenti in relazione ai suddetti scostamenti dagli standard del DM 43/2007.

Si valuta positivamente la documentazione inoltrata in supplemento, ma al contempo, dati gli scostamenti di alcuni indicatori, si raccomanda l'adozione di iniziative di riorganizzazione dell'assistenza e di implementazione dei percorsi, atte a garantire il pieno raggiungimento degli standard in parola.

Pertanto, la Regione viene considerata adempiente con impegno ad implementare iniziative atte a garantire il pieno raggiungimento degli standard degli indicatori.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospicerelativi all'anno 2014 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 STS.11: 4/4 (100%)

AO.3

ADEMPIENTE

Relativamente al percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia si rileva che la documentazione trasmessa era stata oggetto di istruttoria in occasione della verifica Lea 2013; se ne reitera la positiva valutazione.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione ha dimesso dagli OPG una percentuale di pazienti pari all'86% circa e non ha formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 3-ter della Legge n. 9/2012 e s.m.i. in coerenza con le indicazioni del Ministero della salute.

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad approvare formalmente un programma per l'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 3-ter della legge n. 9/2012 e s.m.i. in coerenza con le indicazioni del Ministero della salute.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La regione Abruzzo ha implementato 6 Raccomandazioni al 100% e 6 al 75%; tale valore viene approssimato all'80%.

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 antitumorali rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono il 100%.

La Regione invia, per soli fini informativi, una relazione relativa alla presenza di una procedura per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antitumorali, tuttavia non evidenzia gli elementi richiesti circa la continuità tra ospedale e territorio.

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

La Regione invia le informazioni richieste circa i corsi di sicurezza del paziente.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che 95 UO chirurgiche regionali su 95 utilizzano la Checklist di chirurgia, raggiungendo il 100%.

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione ha adottato le raccomandazioni ministeriali e per maggiore completezza di informazione invia una relazione sulle procedure in uso nelle quattro AA.SS.LL. regionali

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La regione Abruzzo già dal 2010 con DGR 988/2010 ha istituito apposito Osservatorio regionale per la gestione del Programma regionale del rischio clinico, composto da un gruppo di esperti. La Regione ha attivato un sistema di monitoraggio con indicatori e standard.

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 di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010. Dai valori indicati si evidenzia un miglioramento rispetto al 2013.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 35,67%

In seguito ad un approfondimento con la Regione si rileva che l'assistenza psichiatrica S05 è quella che individua tutta l'offerta che fa capo ai DSM (CSM, Centri diurni, Strutture residenziali e semiresidenziali). Pertanto se dal confronto con la fonte SIS si esclude l'assistenza S11 oggi ricompresa, i valori rilevati dalle due fonti sono coerenti.

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: 96,3%

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

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella allegata.

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
629	1829	646	2358	4656	236	270	1286	279	460	12649

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 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014/Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 98,3%

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): 200

- Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,82

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

La Regione ha effettuato tutte le visite di verifica finalizzate all'autorizzazione ed accreditamento dei Servizi Trasfusionali dislocati sul territorio delle quattro le Asl regionali e delle Unità di Raccolta fisse e mobili.

La Regione ha iniziato a rilasciare i Decreti di Autorizzazione sia per i Servizi Trasfusionali che per le Unità di Raccolta. Non risultano ancora adottati i Decreti di Autorizzazione/Accreditamento a favore del Servizio Trasfusionale PO L'Aquila, del Servizio Trasfusionale PO Avezzano, del Servizio Trasfusionale PO Sulmona – UR Castel di Sangro e dell'Unità di raccolta mobile gestita dall'associazione Vas - L'Aquila.

La Regione ha inviato la documentazione che attesta l'effettuazione della programmazione della raccolta con le Associazioni e federazione di donatori volontari, anche se non è presente un documento formale regionale.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

Preliminarmente si rappresenta che la regione Abruzzo ha inviato, sulla base del Decreto del Commissario ad Acta dell'11 febbraio 2015 che contiene quale allegato tecnico: Riorganizzazione dei Punti Nascita, i decreti di chiusura delle UO di ostetricia di Penne, Atri e Ortona, disposti a firma dei Direttori generali delle ASL di appartenenza. A tal riguardo, si rileva che il Punto Nascita di Ortona ha chiuso il 31 agosto 2015. Inoltre, le date previste nei suddetti decreti per la chiusura dei PN di Atri e Penne, sono, rispettivamente, il 1.11.2015 e il 15.11.2015.

Relativamente al Sistema di trasporto in emergenza della madre e del neonato, la Regione ha inviato il documento tecnico attinente la organizzazione di STAM e STEN e, da interlocuzioni dirette, i due sistemi risultano in attività.

Dall'esame della documentazione trasmessa a firma del Direttore Generale della ASL di Teramo, si evidenzia che nei PN di S. Omero e di Teramo, identificati come I Livello, sono state rilevate alcune criticità di tipo organizzativo e tecnologico, per la risoluzione delle quali il cronoprogramma di messa a norma rinvia rispettivamente al 30 settembre e al 30 ottobre 2015. Sullo stato di avanzamento o sul completamento di tali lavori la Regione dovrà inviare informazioni dettagliate.

Infine, relativamente al PN di Sulmona, che anche nel 2014 si attesta su volumi di attività < 500 parti anno (248), la Regione riferisce che in tale struttura sono in corso lavori di adeguamento in merito alla riorganizzazione dei punti nascita ed in particolare per l'istituzione di una elisuperficie adatta al volo notturno. Non è chiaro quale rapporto legghi la chiusura del PN di Sulmona, peraltro prevista anche nel documento tecnico STAM/STEN, con la necessità di rafforzare l'interazione con il servizio 118 anche attraverso l'istituzione di una elisuperficie adatta al volo notturno, al fine di determinare azioni di rendez vous con i mezzi di terra. Si fa presente, a tal riguardo, che l'eventuale deroga di tale PN dovrà essere sottoposta al parere del Comitato Percorso Nascita Nazionale.

Tutto ciò premesso, si apprezza lo sforzo della regione Abruzzo nel dare compimento alla prevista riorganizzazione del percorso nascita che, pur iniziata con notevole ritardo, ha subito poi una positiva accelerazione.

Si segnala, inoltre, la sensibilità della Regione sul tema dell'informazione alla popolazione sulla sicurezza del percorso nascita, dimostrato con la realizzazione del video intitolato "Dalla sicurezza nasce la serenità".

La Regione viene considerata adempiente; si resta in attesa di una relazione con le informazioni sopra richieste.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La Regione invia, per l'anno di riferimento, le informazioni relative all'assetto del sistema di Emergenza/Urgenza ed i provvedimenti adottati sia per la componente ospedaliera che per quella territoriale.

Rispetto al 2013, è confermato l'assetto della rete dell'Emergenza ospedaliera, costituita da 4 DEA di I livello con funzioni di HUB, 12 presidi sede di PS, 2 PS presenti nei PTA (ex Ospedali di Tagliacozzo e Guardiagrele in via di riconversione), 3 PPI presso sedi di presidi riconvertiti in PTA.

A livello territoriale, relativamente alla previsione di ridurre il numero delle CO (4), è stata avanzata la proposta di portarle a due anziché a un'unica centrale regionale, come precedentemente previsto.

Il numero delle postazioni territoriali, medicalizzate e non, ridefinito in un primo momento (2013) sulla base della metodologia indicata da Agenas, è stato recentemente (2015) rivisitato alla luce di ulteriori criteri vincolanti, sulla base dei quali il fabbisogno totale di mezzi passa da 53 a 58.

Con DCA 4/2015 è stato riorganizzato il servizio di elisoccorso, attivo con due basi, per un migliore coordinamento delle attività.

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.

L'aggiornamento pervenuto, rispetto alle precedenti informazioni, sulle modalità di raccordo tra 118 e Continuità assistenziale, è costituito dal recepimento formale (Decreto del 20.10.2014) dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013.

In riferimento alle reti ad alta complessità tempo-dipendenti, delle quali erano già stati forniti i riferimenti degli atti formali di istituzione (reti ictus, cardiologica e trauma), la Regione dichiara che tutte le ASL si sono adeguate ai criteri previsti ma non fornisce informazioni sulla presenza di sistemi di monitoraggio dell'attività.

La Regione ha aggiornato in parte i dati richiesti; si sottolinea ancora una volta l'anomalia relativa alla presenza del PS nel PTA di Tagliacozzo. Infine, si rileva la necessità di adottare sistemi per la verifica dell'efficacia dei percorsi delle reti delle patologie tempo dipendenti.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP.24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP.24:98,34%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/ totale record inviati: 99,91%

Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 406,3
- Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso: vedi tabelle.

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
31825	5,97%	280826	52,66%	182184	34,16%	7545	1,41%	42	0,01%	30851	5,79%	533.273

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		N.A.		
31747	5,95%	313664	58,82%	123477	23,15%	4124	0,77%	325	0,06%	59936	11,24%	533.273

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014/ N. di interventi al 118 anno 2013 = 107,71%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

data/ora inizio chiamata corretta: 100%

data/ora arrivo mezzo di soccorso: 94,25%

Esito: Adempiente

AAG.3

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 22 (valore normale ≤ 18 ; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21), in lieve miglioramento rispetto al valore rilevato nel 2013, pari a 23.

aah) Cure primarie

Prosegue il processo di riorganizzazione/riqualificazione dell'assistenza Primaria che vede le ASL della regione Abruzzo impegnate nella realizzazione di modelli organizzativi multi professionali ed interdisciplinari quali le Unità Complesse di Cure primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). La realizzazione delle UCCP muove sia dalla graduale trasformazione dei modelli già esistenti (n. 3 PTA e 1 UTAP) nelle ASL Avezzano-Sulmona-l'Aquila, che dalla nuova attivazione nelle ASL di Teramo e Pescara (5 UCCP). Per tali modelli, secondo quanto indicato dal Decreto Commissariale n. 24/2012, le ASL possono in via sperimentale prevedere la partecipazione dei Medici di Medicina Generale, dei Medici di Continuità Assistenziale, dei Pediatri di Libera Scelta e degli Specialisti ambulatoriali e fornire, se disponibili, la struttura, il personale infermieristico ed amministrativo nonché le utenze, l'informatizzazione e le attrezzature per la diagnostica ad uso medico. Relativamente alla costituzione delle AFT, la Regione prosegue la graduale trasformazione dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) di rete (48) e di gruppo (30), che si differenziano dagli altri per l'utilizzo di una sede unica da parte dei medici che li costituiscono (MMG o PLS). Pertanto, dal prospetto che la Regione allega, si evince la complessiva attivazione di 9 modelli organizzativi complessi multiprofessionali e di 78 forme aggregative monoprofessionali distinte in 48 NCP di rete e 30 NCP di gruppo. Per tali forme aggregative si evince una riduzione di 7 unità rispetto allo scorso anno, essendo passate da 85 nel 2013 a 78 nel 2014. Il prospetto riepilogativo evidenzia inoltre il numero dei medici che partecipano alle diverse forme distinte per singola ASL.

L'aggiornamento fornito dalla Regione evidenzia l'accelerazione del processo di riorganizzazione delle Cure primarie secondo quanto previsto dalla vigente normativa (L.189/2012-Decreto Balduzzi

e Patto per la salute 2014-2016) che nell'anno 2014 ha visto l'attivazione di 9 modelli organizzativi complessi (UCCP), ovvero 5 in più rispetto all'anno precedente.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La regione Abruzzo dichiara di aver attivato i percorsi riabilitativi per i pazienti affetti da ictus cerebrale, per i pazienti operati di protesizzazione di anca e di ginocchio, per i soggetti con gravi cerebrolesioni acquisite e per i pazienti di area pneumologica. La Regione invia inoltre un report delle verifiche delle prestazioni 2014 in ambito riabilitativo.

Per i dati relativi agli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedaliero, vedere tabella allegata.

La Regione presenta:

- per l'indicatore di inappropriatezza clinica, nell'anno 2014 un valore inferiore al valore medio nazionale e registra un trend positivo nel triennio.
- per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza una variazione positiva rispetto al valore Italia così come il trend del triennio 2012-2014.

Inoltre, ai fini conoscitivi, la percentuale di ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa risulta nel 2014 più bassa rispetto al valore medio nazionale con un trend in miglioramento.

aa) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La regione Abruzzo risulta sufficiente per 4 items su 5.

Tra le criticità si segnala, in particolare, un punteggio inadeguato per gli indicatori di performance dovuti ad un livello di attività insoddisfacente per le profilassi di eradicazione per TBC e BRC oltre che per il controllo dell'anagrafe ovicaprina, 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 (sufficiente con un punteggio pari all'81% e sufficiente per 5 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacovigilanza sugli operatori controllabili, per il Piano di controllo e sorveglianza Salmonelle nel pollame oltre al mancato rispetto dei tempi per il rilascio del riconoscimento definitivo per gli stabilimenti che producono alimenti di origine animale.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Il 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" è pari al 72,34%, senza alcuna variazione rispetto all'anno precedente.

La Regione ha confermato che il valore assunto dall'indicatore è pari al 72,34%, ed ha comunicato di aver avviato un approfondimento teso a verificare i miglioramenti in corso.

Si rimane pertanto in attesa di conoscere se gli esiti di tali verifiche mostrano un effettivo miglioramento dell'indicatore.

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 (13,05% al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci") che il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera (5,37%).

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

La lieve riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale è dovuta alle numerose deliberazioni emanate dalla Regione in materia di contenimento della spesa convenzionata nel corso dell'anno precedente, attraverso l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi nel Settore sanità.

Nel corso del 2014, le iniziative che maggiormente hanno influito sul contenimento della spesa convenzionata hanno riguardato la prescrizione di farmaci equivalenti, con il monitoraggio di categorie terapeutiche individuate sulla base del volume delle prescrizioni nel periodo gennaio-novembre 2013, stimando una riduzione della spesa lorda di 1,9 milioni di Euro.

Sono stati, inoltre, elaborati dei criteri metodologici per l'assegnazione dei tetti di spesa, da attribuire secondo il fabbisogno di ciascuna AASSLL. Sebbene, non sia stata attribuita alcuna stima economica a tale procedura, tuttavia la Regione si è posta come obiettivo, quello di sollecitare l'attenzione di ciascuna ASL al controllo e al monitoraggio periodico dei propri valori di spesa.

Nello stesso periodo, la regione Abruzzo ha disposto altri provvedimenti, senza finalità di risparmio economico, riguardanti l'erogazione gratuita dei farmaci di fascia C e C-bis a pazienti affetti da malattie rare, con oneri a carico del bilancio regionale, nel rispetto di regole e disposizioni che garantiscano l'appropriatezza prescrittiva e la verifica dell'infungibilità, oltre all'abrogazione del provvedimento che limita la prescrizione di una sola confezione per prescrizione di medicinali a base di sartani in associazione o meno a diuretici o a calcio antagonisti e di ezetimibe).

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, ha sviluppato procedure di sorveglianza e prescrizione dell'ormone della crescita, oltre al programma di formazione destinato a personale sanitario sull'appropriatezza prescrittiva.

La Regione si è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero di livello regionale, che aggiorna con una periodicità pressoché bimestrale – 13 aggiornamenti nel corso del 2014 – senza però trasmetterlo 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 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 98,9% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2014.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

aan) 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, per l'anno 2013, risultava adempiente con impegno a procedere alla riduzione delle unità operative in eccesso e a inviare i dati per la copertura totale del flusso informativo.

Per l'anno 2014 la Regione ha raggiunto la copertura della Tab.1 G del Conto Annuale ed ha ridotto il numero di unità operative.

Si riportano (vedi tabella):

- i dati riferiti al numero di strutture complesse, ospedaliere e non ospedaliere, previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- i dati riferiti al numero di strutture semplici previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- il numero delle strutture complesse ospedaliere secondo lo standard, elaborato in riferimento ai posti letto ospedalieri pubblici (3.457 pl) attivi al 1° gennaio 2014
- il numero delle strutture complesse territoriali secondo lo standard, elaborato in riferimento alla popolazione residente (1.333.939 ab.) nella regione Abruzzo per l'anno 2014 (Fonte ISTAT)
- il numero delle strutture semplici secondo lo standard.

La Regione ha assolto l'impegno per l'anno 2013.

Tipologia di incarico	N. Strutture regionali da Standard	Anno 2014	
		Numero strutture assegnate	Numero strutture previste
Strutture complesse ospedaliere	198	128	183
Strutture complesse non ospedaliere	146	81	100
Strutture semplici (incluse le strutture semplici a valenza dipartimentale)	450	384	438

Fonte: DGSISS-Ufficio di statistica. Elaborazioni dati del Conto Annuale del SSN, dei modelli di rilevazione HSP.11 e HSP.12, della Popolazione residente ISTAT. Anno 2014

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato già per la verifica 2013 di aver recepito 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".

aa) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso la DGR 468 del 24.6.2015 avente ad oggetto "Recepimento dell'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 " Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali".

Allegati Abruzzo

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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	98,45%	2	6,0	
2	Mod. FLS.11	2	%ASL che hanno inviato il modello FLS.11 (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 FLS.12 (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	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 1C 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 STS.14 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	98,17%	2	1,0	
11	STS.21	1,5	%modelli STS.21 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	98,64%	2	3,0	
12	STS.24	2	% modelli STS.24 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	98,98%	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) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilitimento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	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) $x = 0,1 + \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_livello\_di\_istruzione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_data\_prenotazione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_classe\_priorità}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_causa\_esterna}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	96,73%	2	1,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 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 Informativ e	Pes o	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%	96,66%	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	HSP.11/12	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)	1,58	2	4,0	
5	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	1,83	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)	1,66	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)	1,41	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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	2,00	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)	1,93	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)	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	1,97	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	1,98	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 HSP.24 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	1,93	2	1,0	

14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usl\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	0,028%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	94,23%	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		Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	dati coerenti	2	2,0	
		25							47,0	BUONA

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

				PUNTEGGI			VALUTAZIONE	NOTE
1		Obblighi informativi e Indicatori		0	1	2		
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	47,0 - 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	Interv. 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	Afezioni 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	Iperptrofia 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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	90,0%	20
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	88,9%	20
U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	Non valutabile	0
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	5,20%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		55

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	9,3	13,5	7,0	13,5	7,8	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	9,2	10,5	8,2	10,0	6,8	9,9
% giornate di degenza a rischio di inefficienza	8,9	9,1	8,1	7,7	5,6	6,6

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 nonché 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. <u>Regioni dell'OM</u> ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. <u>Regioni dell'OM</u> <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi 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 oviceprine controllate (3%) per anagrafe oviceprina	≥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.

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]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	PNA - 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 PNA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	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]	<i>non coerenti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	≥ 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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni</i>	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.Lg.vo 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (1020 controlli su 11854 operatori pari al 9%)	<i>Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>	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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , 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" (riproduttori 33% e tacchini da riproduzione e ingrasso 69%)	≥ 90% delle registrazioni dei campionamenti inseriti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per ciascuno dei piani applicabili, e validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"	0	0	
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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>invio corretto e completo entro la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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 oviceprine	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	<i>>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>	≤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'IZSLER; [vedere annotazione]	<i>trend in aumento</i>	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 (0,64%)	≥ 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. 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 2014	assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	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 (15 su 56 pari al 26,8%)	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 2014 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]	<i>arrivo dei dati oltre il termine</i>	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]	<i>> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	≤ 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	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 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 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04 (16,66%)	<i>almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	<i>tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	tabella inviata in modo corretto e completo e basata su attività di audit svolta nel 2014	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	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	<i>trasmesso entro la data prevista</i>	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti (compilazione non corretta per assenza delle voci di riparto)</i>	<i>allegato 3 inviato, corretto e completo</i>	1	6	
	TOTALE	100								162	

SUFFICIENTE con 81% e 5 indicatori vincolanti su 6



c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha garantito la qualità richiesta, sia relativamente alla verifica di qualità del modello CE-LA e CE-SP, sia per l'invio degli Allegati 5 e 6 e la relativa riconduzione ai livelli di assistenza.

Statistiche

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Si segnala, in via preliminare, che nella verifica 2013 la regione Basilicata era risultata adempiente con impegno a risolvere le criticità evidenziate sul flusso informativo T1C bis – personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private. Questa criticità per l'anno 2014 è stata superata.

La copertura dei dati risulta buona. Si evidenzia tuttavia una insufficiente copertura per il flusso informativo SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera.

La qualità dei dati risulta buona.

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad eliminare la criticità nella copertura del flusso informativo SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

Relativamente alla griglia di valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite indicatori, la regione Basilicata con un punteggio pari a 177 (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) (già segnala nel 2013), 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni) (già segnala dal 2012), 9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti (già segnala nel 2013), 21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (già segnala dal 2012). Non risultano disponibili i dati per l'indicatore 6.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2015, la regione Basilicata ha una dotazione di 2.015 posti letto, pari a 3,49 per 1.000 abitanti, di cui 2,91 per pazienti acuti (1.680 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 e HSP.13 in base dati 2015.

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. La Regione deve validare i flussi informativi come sopra riportato.

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 150,47 nel 2012, 141,56 nel 2013 e 138,32 nel 2014.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno, pari al 27,8% nel 2012 e al 25,19% nel 2013, risulta ricondotta entro il valore dei riferimenti nel 2014, essendo pari al 24,73%.

In riferimento alla tematica in questione, la Regione ha trasmesso l'atto di definizione degli obiettivi dei Direttori generali aziendali per l'anno 2014, i cui contenuti risultano in linea con i criteri di appropriatezza organizzativa sottesi al perseguimento dell'adempimento in esame.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La Regione con una percentuale pari all'8,5% di DRG critici inferiore al valore mediano (8,8%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempimento.

Si segnalano criticità per i DRG 047, 051, 162, 169, 208, 249, 294, 329, 409 e 563 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

H.1 Monitoraggio ex post

La Regione raggiunge la percentuale di corretta compilazione dei campi.

Relativamente al calcolo degli indicatori relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (già previsti per l'anno 2013) e ai soli fini informativi RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica-Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia, si constata che viene soddisfatta la soglia per Visita oculistica e Mammografia mentre per TAC Torace senza e con contrasto non è possibile calcolare l'indicatore e per Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici il dato risulta mancante.

La Regione ha inviato il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto per l'anno 2014 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante.

Dai dati si ricava che la percentuale di garanzia per ambedue i periodi indice e per ambedue le classi di priorità raggiunge la soglia di adempimento.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

La Regione raggiunge per l'anno 2014 la soglia del 90% riguardo il campo Data di prenotazione e il campo Classe di priorità sia in Regime ordinario che Day Hospital.

Da fonte Rapporto SDO anno 2014 risulta che l'attesa media in gg. per intervento tumore mammella è di 29,0 gg. rispetto alla media nazionale di 24,7 gg.; per intervento tumore colon retto è di 18,1 gg. rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

Dai dati pervenuti risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

Relativamente alle indicazioni fornite dalla Regione per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni, l'informazione era già stata acquisita per l'anno 2013. La Regione con DGR 15/2012 ha approvato il manuale di accesso alle prestazioni e ha definito i possibili casi di sospensione e i comportamenti da mettere in atto nelle singole aziende.

La Regione comunica che risultano sospensioni dell'attività di prenotazione presso le strutture sanitarie, ma ne è venuta a conoscenza a posteriori.

H.5 Monitoraggio PDT complessi

Dall'esame dei dati relativi al monitoraggio dei PDTA complessi dai dati pervenuti risulta che il monitoraggio è stato effettuato.

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

La Regione ha compilato la tabella attestante la verifica della presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web delle Aziende erogatrici.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a superare le difficoltà emerse dal monitoraggio ex post. Ai soli fini informativi, si chiedono ulteriori chiarimenti per quanto attiene l'attività di controllo regionale di eventuali sospensioni dell'attività di prenotazione.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: BASILICATA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	82.101.486	7,72%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	1.463.702	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	1.722.249	0,16%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	401.755	0,04%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	33.871.463	3,19%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	16.424.658	1,55%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	6.481.186	0,61%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	9.943.472	0,94%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		118.866.429	11,18%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	1.062.937.745	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	120.643.434	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-1.777.005	-0,17%
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		118.866.429	11,18%
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)	87.344.258	8,22%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	5.419.782	0,51%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	791.591	0,07%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	20.037	0,0019%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	191.919	0,02%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		47.049.466	4,43%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	1.062.937.745	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	37.202.821	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC d	135.000	0,01%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	0	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		52.604.248	4,95%
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	15.401.427	1,45%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione già per l'anno 2013 stava attivando un sistema di data warehouse al fine di assicurare l'integrazione dei diversi sistemi aziendali nelle more dell'espletamento della gara unica sul sistema informativo contabile, il cui termine previsto è l'anno 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" la Regione aveva dichiarato di non aver verificato quanto dichiarato dalle proprie Aziende.

La Regione entro la fine dell'anno 2014 avrebbe dovuto concludere le verifiche 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 dalla Regione, le azioni previste sono state effettuate e le aziende hanno attivato il sistema di warehouse predetto al fine di rispettare la tempistica e gli obiettivi di cui alla DGR 677/13.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione nel Questionario 2013 citava 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 era stata riportata nei contratti sottoscritti nell'anno 2012 e già allegati al Questionario 2012. Gli incarichi dei Direttori generali sono scaduti il 31.12.2014. Nel corso dell'anno 2014, tuttavia, a seguito delle dimissioni dall'incarico del Direttore generale della Azienda Ospedaliera San Carlo, la Giunta Regionale, con DGR 1253, ha nominato un Commissario fino alla scadenza naturale del mandato. Inoltre, nel corso del 2014, in considerazione proprio della scadenza dei mandati è stato approvato con DGR 1160, l'avviso pubblico per la formazione dell'elenco degli aspiranti alla carica di Direttore generale. Tale avviso è stato perfezionato, dopo l'approvazione da parte delle competenti Commissioni del Consiglio Regionale, con la successiva DGR 1358. Infine, con la DGR 1625 è stata nominata la Commissione regionale per l'esame delle istanze pervenute.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 74,7% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1–S.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Alla Regione è stato attribuito un punteggio totale di 25 punti, così ripartiti:

Offerta assistenziale: 8 punti

Ripartizione degli oneri: 7 punti

Cure domiciliari: 5 punti

Cure residenziali: 5 punti

Cure semiresidenziali: 0 punti

La Regione supera il punteggio totale minimo previsto, nonostante la criticità evidenziata dal flusso FAR, relativa all'assenza di assistenza semiresidenziale alle persone non autosufficienti nelle due tipologie di trattamenti previsti SR1 e SR2 e valori sotto soglia nell'assistenza residenziale estensiva e di mantenimento. Si invita dunque la Regione ad attuare azioni volte al miglioramento dell'offerta nelle aree critiche evidenziate.

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad incrementare l'offerta di trattamenti semiresidenziali e di trattamenti residenziali nei livelli estensivo (R2) e di mantenimento (R3).

S.3

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza Domiciliare relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS.21 = 120%

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 = 51,89%

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

- Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 5,03

- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	
1.092	1,90	805	1,40	217	0,38	835	1,45	2949

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 144,60%

Esito: Adempiente.

Si chiede alla regione di allineare il dato NSIS al dato trasmesso con i modelli SIS.

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 1,28

- 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.
30	0,05	355	0,62	179	0,31	184	0,32	736	1,30	2	0,00	0	0,00	2	0,00	737

^(*) 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 100 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

Premesso che la regione Basilicata, sulla base di un accordo convenzionale con Agenas, dispone di un sistema informatico personalizzato per l'accreditamento dei provider regionali, per la registrazione degli eventi formativi e per l'invio dei report da parte dei provider al Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie (CoGeAPS) e all'ente accreditante, utilizzando il tracciato unico definito dalla Commissione Nazionale Formazione Continua, la Regione ha indicato gli estremi dei provvedimenti inviati negli anni precedenti. In particolare, con DGR 1478/2014, ha approvato il Piano per la Formazione Continua in Sanità (ECM) per gli anni 2013/2015 e con DGR 795/2014 ha approvato il Manuale di accreditamento dei provider regionali.

Inoltre, la Regione dichiara che l'Osservatorio regionale, costituito con Determinazione Dirigenziale 7202.2013/D.00338 del 18 luglio 2013, gestirà le verifiche e i controlli in conformità alle linee guida nazionali.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE

La Regione ha strutturato un sistema per l'individuazione e il monitoraggio di PDTA sia in ambito ospedaliero che territoriale, dei quali ha trasmesso l'atto formale.

La Regione ha individuato nuovi PDTA, sebbene la formalizzazione sia avvenuta nel 2015.

La Regione fornisce informazioni circa le modalità con le quali viene svolto il monitoraggio, precisando che a tale attività concorrono diversi Uffici del Dipartimento regionale come quello delle Politiche del farmaco e quello del Sistema informativo socio sanitario.

La Regione viene considerata adempiente; si chiede di acquisire ulteriori dati circa gli esiti dell'attività di monitoraggio dichiarati dalla Regione stessa.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

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

La Regione specifica che ha istituito appositi capitoli di spesa - Fondi Regionali Liberi - spesa corrente operativa, e per l'anno 2014 sono stati già impegnati € 6.300.000 come risulta dalla D.D. 13AE.2014/D.00112 del 25 settembre 2014.

Viene trasmessa la DGR 307 del 17 marzo 2015 recante "Assegnazione Prestazioni extra LEA anno 2014 alle Aziende sanitarie ed ospedaliere regionali" con la quale vengono individuate le tipologie di prestazioni aggiuntive (extra LEA) erogate ai cittadini residenti nella regione Basilicata e viene disposta l'assegnazione ad ogni Azienda di un budget massimo complessivo (per un totale di € 6.300.000), basandosi sui costi effettivi sostenuti nel 2013, riservandosi l'erogazione e liquidazione delle somme a seguito di adeguata documentazione giustificativa.

A tal fine le Aziende dovranno redigere opportuno provvedimento deliberativo aziendale di approvazione delle rendicontazioni, relativamente ad ognuna delle tipologie di prestazioni ulteriori, sui costi effettivi sostenuti per il 2014.

Dall'Allegato 5 del modello LA risulta anche l'erogazione per il 2014 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, come già comunicato per la verifica 2013, ha recepito l'Intesa del 20 dicembre 2012 con DGR 697 del 11/06/2013 e ha avviato una serie di attività propedeutiche all'aggiornamento del proprio sistema di accreditamento istituzionale.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La regione Basilicata ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali dichiarando che al 31 dicembre 2014 risulta attiva in Regione la Convenzione con il "Centro pediatrico del Bambin Gesù". Ha allegato una breve relazione dalla quale si evince la proposta della Regione di rimodulazione dei rapporti di collaborazione rescindendo la convenzione, entro il 31 dicembre 2015, poiché i risultati ottenuti non sono rispondenti agli obiettivi prefissati.

Con riferimento alla Fondazione Stella Maris Mediterraneo, per la quale la Regione aveva comunicato in precedenza la messa in liquidazione, la Regione ha allegato l'atto notarile di modifica dello Statuto per effetto del recesso dalla stessa dell'ASM e dell'ASP.

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

ADEMPIENTE

La regione Basilicata ha compilato il Questionario in tutte le sue parti. Ha indicato ed allegato le delibere sulla riorganizzazione della rete e sul service di laboratorio. Con riferimento alla medicina di laboratorio ha risposto a tutti i quesiti e ha riportato la relazione sullo stato dell'arte del processo di riorganizzazione.

Relativamente alla adempienza con prescrizione certificata dal Comitato lea per l'anno 2013, la Regione ha trasmesso una nota in cui si impegna ad emanare l'atto di definizione dei criteri relativi alla riorganizzazione della rete laboratoristica privata, a cui le Aziende sanitarie locali dovranno attenersi, ai fini della sottoscrizione degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate, così come previsto dall'art. 15 della LR n. 5 del 27.01.2015, entro il 31.12.2015.

La Regione, facendo seguito a quanto sopra riportato, ha trasmesso la Deliberazione 1690 del 22 dicembre 2015.

Tale delibera approva lo schema di “Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture private accreditate di diagnostica di laboratorio” con principi e linee di indirizzo. La Regione ha quindi rispettato gli impegni assunti, tuttavia, si invita a precisare la formulazione della soglia di attività (≥ 50.000), per evitare difficoltà applicative; non è infatti chiara la sorte dei laboratori che nel 2014 hanno effettuato 50.000 esami di laboratorio.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La regione Basilicata ha trasmesso il report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2014, 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”, le DGR 534 e 718 e il documento concernente le linee guida sulla metodologia dei controlli sull'appropriatezza dei ricoveri.

In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 9.042 controlli, pari al 11,52% del totale mentre effettua per le strutture private accreditate 3.501 controlli, pari al 100%; delle cartelle controllate non sono state confermate il 5,38% delle cartelle per le strutture pubbliche e l'1,71% 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 complessivamente assicura per le strutture pubbliche e per le strutture private una percentuale di controlli pari ad almeno il 2,5% della totalità delle cartelle cliniche.

Riguardo le misure adottate per le strutture pubbliche vengono riportati gli effetti economici dei controlli solo per l'ospedale di Tricarico mentre per le altre strutture pubbliche la Regione fa riferimento all'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici e alla realizzazione di audit clinici. Per quanto riguarda le strutture private, nella Tabella 1 viene riportato il dettaglio degli abbattimenti tariffari mentre nella Tabella 2 si evidenzia l'assenza di cartelle cliniche non confermate.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso una prima versione del Questionario, nella quale la sezione “Cure Palliative e Terapia del dolore” non risulta compilata; successivamente viene trasmesso un aggiornamento per sopperire alla suddetta carenza.

Si chiede alla Regione di voler far conoscere le modalità di partecipazione alle campagne di informazione per i cittadini sulla rete di cure palliative e le modalità organizzative di svolgimento della formazione degli operatori sanitari.

La tabella degli indicatori evidenzia, rispetto all'anno precedente, una forte discrepanza dei valori dei dati degli indicatori.

la Regione ha trasmesso documentazione integrativa; si valutano positivamente le iniziative poste in atto per lo svolgimento delle campagne di comunicazione per i cittadini e per le attività di formazione per gli operatori sanitari.

Nonostante la tabella degli indicatori presenti valori degli indicatori ancora difforni dallo standard di riferimento, di cui al DM 43/2007 (indicatore n. 1, indicatore n. 5 e indicatore n. 7), si considerano positivamente gli sforzi di miglioramento compiuti.

AO.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2014 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 STS.11: 4/2

La Regione risulta adempiente con impegno ad aggiornare l'anagrafica delle strutture al fine di risolvere l'incongruenza tra le strutture attese e le strutture invianti il flusso Hospice.

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

La Regione risultava adempiente con impegno nelle valutazioni per gli anni 2012 e 2013; per superare le criticità la Regione doveva individuare formalmente delle procedure per la valutazione dei bisogni terapeutici e assistenziali (ad esempio invio in CT - Comunità Terapeutica) dei minori accolti dai CPA (Centri di Prima Accoglienza) da parte dei servizi territoriali.

In data 5 novembre 2015 la Regione trasmette una relazione descrittiva delle attività avviate per la presa in carico dei minori sottoposti a procedimento penale dalla quale emerge che è la sola ASP di Potenza ad occuparsi della problematica, che le procedure sembrano ben definite e che al momento la sede del CPA è chiusa per mancanza di ospiti.

La documentazione inviata dalla Regione consente di superare le criticità per gli anni 2012 e 2013, in quanto è garantita una presa in carico secondo procedure concordate e definite.

Per l'anno 2014 la Regione ha dimesso dagli OPG una percentuale di pazienti pari al 71% circa.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha implementato 10 Raccomandazioni su 15 in una percentuale di Aziende maggiore dell'80%.

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 antitumorali rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono il 75%.

La Regione invia la documentazione relativa alla presenza di una procedura per la gestione della terapia con farmaci antitumorali e alle attività ad essa correlate.

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

La Regione invia le informazioni richieste circa i corsi di sicurezza del paziente.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria

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

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione ha trasmesso la documentazione attestante le attività in tale ambito.

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione ha inviato la documentazione relativa all'attivazione del gruppo di esperti per l'analisi degli eventi sentinella.

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

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione ha fornito gli indicatori di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 83,08%

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: 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

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella allegata.

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
1550	491	267	607	203	48	20	189	61	88	3524

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 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014/Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 103%

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): 99,7

- Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 1,03

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i verbali delle visite di verifica finalizzate all'autorizzazione ed accreditamento dei Servizi Trasfusionali presso i servizi di Potenza, Matera, Melfi, Lagonegro, Villa d'Agri e Policoro e delle Unità di Raccolta presso le Udr AVIS Potenza e FIDAS Grassano.

Sono stati rilasciati i provvedimenti di autorizzazione e accreditamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di Raccolta.

Infine, la Regione ha inviato la documentazione che attesta la effettuazione della programmazione della raccolta con le Associazioni e federazione di donatori volontari, ma non è presente un formale documento regionale.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

Le prescrizioni impartite alla regione Basilicata, in merito alla verifica per l'anno 2013 appaiono sostanzialmente ottemperate; la Basilicata ha infatti inviato la DGR 894 del 30 giugno 2015 con la quale viene formalizzata la costituzione del Dipartimento interaziendale materno-infantile con intesa tra Azienda sanitaria Locale di Potenza (ASP) e Azienda Ospedaliera Regionale S. Carlo di Potenza.

Circa l'invio, entro il 31 dicembre 2015, di una relazione "ad hoc" in merito alle attività dell'istituto Dipartimento materno/infantile e sulle azioni di verifica e monitoraggio effettuati dalla Regione presso il suddetto Dipartimento, questa, inviata a cura della Direzione generale dell'Azienda Ospedaliera S. Carlo di Potenza, non appare esaustiva relativamente a quanto richiesto, soprattutto per quanto attiene alla rotazione/integrazione del personale (ostetriche, ginecologi, neonatologi e anestesisti) tra il PN di Potenza e quello di Melfi, e la Regione non ha relazionato circa le azioni di verifica e monitoraggio da messe in atto.

Infine, relativamente alla richiesta di deroga alla chiusura del PN di Melfi, sub standard per quanto riguarda il volume di attività (418 parti nel 2014 - dati Cedap), si rappresenta che la regione Basilicata dovrà richiedere al CPN nazionale una valutazione seguendo la procedura metodologica messa a punto dal Comitato stesso.

In sede di riunione del 28 gennaio 2016, il Comitato Lea considera la Regione adempiente.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La Regione, ai fini dell'aggiornamento per il 2014 sullo stato di avanzamento della programmazione della rete di emergenza, informa che è ancora in discussione presso il Consiglio regionale il disegno di legge "Riordino del servizio di emergenza urgenza 118", approvato con la DGR n. 1366 del 01.11.2014, che prevede l'istituzione del Centro regionale 118 Basilicata (CREU).

La Regione conferma per il 2014 che la rete regionale dell'emergenza urgenza è costituita da:

- 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 C.O. Unica Regionale 118 a Potenza
- 35 mezzi di soccorso, di cui 24 con IP e 11 con medico ed IP
- 1 automedica
- 2 aeromobili.

Sono stati attivati posti letto di OBI in tutti i PS.

Nessun aggiornamento viene riportato relativamente all'integrazione tra territorio ed ospedale e all'integrazione tra Continuità Assistenziale e 118.

Relativamente alle reti ad alta complessità tempo dipendenti, la Regione ha trasmesso l'atto formale di approvazione del documento sulla "Procedura per l'assistenza al paziente con sospetto clinico di embolia polmonare" e le relazioni sullo stato dell'arte delle tre reti assistenziali tempo dipendenti, SCA, Stroke e Trauma.

Le informazioni e i dati forniti sull'attività effettuata in ambito regionale sono distinti per i due P.O. di Potenza e Matera, sede rispettivamente di DEA di II e DEA di I livello.

Dai dati forniti, che risultano parziali e non omogenei, si evidenzia che ancora non sono state completamente attivate a livello regionale le reti assistenziali Stroke e Trauma e non è stato individuato un sistema uniforme di monitoraggio delle attività effettuate.

Si rimane in attesa di acquisire il disegno di legge "Riordino del servizio di emergenza urgenza 118", approvato con la DGR n. 1366 del 01.11.2014, che prevede l'istituzione del Centro regionale 118 Basilicata (CREU), che è ancora in discussione presso il Consiglio regionale.

La Regione ha comunicato parzialmente le informazioni richieste; si resta in attesa di acquisire il provvedimento definitivo che approva la riorganizzazione della rete di emergenza territoriale, di conoscere le modalità del sistema di verifica e monitoraggio dell'attività svolta nell'ambito delle reti per le patologie tempo dipendenti e del recepimento dell'Accordo del 7 febbraio 2013 relativo all'integrazione tra Continuità Assistenziale e 118.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP.24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP.24: 89,10%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/ totale record inviati: 100,00%

Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 295,87

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

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
14969	8,78%	119416	70,05%	34408	20,18%	1660	0,97%	27	0,02%	0	0	170480

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		N.A.		
8366	4,91%	133820	78,50%	26872	15,76%	1311	0,77%	111	0,07%	0	0	170480

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014 / N. di interventi al 118 anno 2013 = 105,85%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

data/ora inizio chiamata corretta: 100,00%

data/ora arrivo mezzo di soccorso: 100,00%.

Esito: Adempiente

AAG.3

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 33 (valore normale ≤ 18 ; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21).

In sede di riunione del Comitato Lea del 16 dicembre 2015, la Regione afferma che la rete radio del 118 non copre tutto il territorio regionale e che pertanto una parte degli interventi sono segnalati in ritardo.

Inoltre, la Regione ha provveduto a istituire 2 nuove postazioni (a novembre 2014 e maggio 2015), a razionalizzare quelle attualmente esistenti e a rinnovare il parco auto regionale.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a mettere in atto ulteriori azioni per ricondurre l'indicatore entro i valori di riferimento.

aah) Cure primarie

Nell'anno 2014 la Regione ha dato seguito al processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale avviato nel 2013 consolidando il progressivo e graduale passaggio dalle forme associative semplici a quelle più complesse che possono garantire la presa in carico globale delle persone nel proprio ambiente di vita. Pertanto conferma l'assetto organizzativo dell'anno precedente che aveva visto la rimodulazione di 11 Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT), istituite con atto formale nell'ASL di Potenza (2012) e divenute successivamente 7 per confluenza di alcune di esse in forme organizzative più evolute costituite da gruppi di Medici di Medicina Generale. Ciò in continuità con il modello organizzativo definito "Equipe di Assistenza Territoriale" (EAT) e distinto in funzionale e semistrutturale individuato con l'AIR di cui alla DGR 331/2008 e finalizzato a garantire adeguate risposte ai nuovi bisogni di salute della popolazione. Nell'anno 2014 la Regione ha individuato n. 8 Equipe Funzionali distrettuali e 1 equipe semistrutturale interdistrettuale. Inoltre, nell'ottica dell'assistenza territoriale integrata e a garanzia della continuità assistenziale con apertura H24 delle strutture territoriali, le Aziende hanno continuato ad ospitare presso le proprie strutture

(distretti, sub-distretti, spazi dedicati all'interno degli ospedali, poliambulatori ecc.) i MMG che operano contestualmente o in continuità con Medici Specialisti Ambulatoriali, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, infermieri. A tale proposito la Regione fornisce l'elenco dei riferimenti normativi (Deliberazioni dei Direttori Generali) relativi la concessione, in uso a medici costituiti in medicina di gruppo, di spazi presso poliambulatori aziendali fino all'approvazione di uno specifico regolamento. Inoltre in tale processo evolutivo del modello di offerta assistenziale, che porta ad un progressivo avvicinamento a quanto previsto dalla vigente normativa (legge 189/2012 e Patto per la Salute 2014-2016), è proseguita la sperimentazione dei n. 2 modelli organizzativi di Assistenza Territoriale Integrata per la Basilicata (ATIB) in atto nell'ASM di Matera e di 1 UTAP nell'ASL di Potenza. 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.

In conclusione, la Regione fornisce un prospetto aggiornato del proprio assetto riorganizzativo dell'assistenza territoriale dal quale si evince, sebbene non siano ancora stati definiti gli atti formali relativi all'istituzione delle UCCP e delle AFT, previsti dalla vigente normativa, l'evoluzione del processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale in tale direzione.

aa1) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato la documentazione relativa ai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) Asma, BPCO, Ictus cerebrale, Sclerosi Multipla, SLA e Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva. Relativamente al monitoraggio le Aziende sanitarie inviano relazioni periodiche sui percorsi sopra citati che vengono valutate dagli specifici Tavoli di Lavoro, anche in relazione ad eventuali modifiche da apportare, ma non è ancora formalizzata una metodologia specifica.

Relativamente ai dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedaliere, vedere tabella allegata.

Per l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2014, si conferma un trend positivo nel triennio 2012-2014 e un posizionamento positivo rispetto al valore medio nazionale.

Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza la Regione presenta una percentuale al di sopra del valore nazionale così come un andamento negativo nel triennio.

Per quanto riguarda l'indicatore percentuale dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa la Regione presenta una posizione negativa rispetto al valore Italia così come l'andamento negli anni 2012-2014.

La Regione, presentando una variazione positiva per l'indicatore relativo alla inappropriatezza clinica, risulta adempiente. Si raccomanda di proseguire nell'azione di efficientamento nelle giornate di degenza in riabilitazione e di appropriatezza organizzativa.

aa2) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La regione Basilicata risulta sufficiente per 4 items 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 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 90% e sufficiente per 5 indicatori vincolanti su 6). In proposito, si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacovigilanza sugli operatori controllabili e del Piano di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

La Regione ha confermato 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% .

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

SI RINVIA AL PUNTO L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

La regione Basilicata ha evidenziato nel 2014 una spesa farmaceutica territoriale di circa 119 milioni di euro (11,18%), corrispondente a un avanzo rispetto al tetto del 11,35% del fabbisogno sanitario regionale pari allo -0,17% (-1,77 milioni di euro).

La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta pari a 52,6 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del fabbisogno sanitario regionale pari all'1,45% (15,4 milioni di euro).

Complessivamente la Regione evidenzia una spesa farmaceutica superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 13,63 milioni di euro.

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 il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale (12,12% al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci") che il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera (4,95%).

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

La lieve riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale è dovuta alle numerose deliberazioni emanate dalla regione Basilicata in materia di contenimento della spesa convenzionata nel corso degli anni precedenti.

Nel corso degli ultimi anni, le iniziative che hanno influito maggiormente sul contenimento della spesa convenzionata hanno riguardato l'introduzione della quota fissa di compartecipazione per i cittadini, la promozione dell'utilizzo dei medicinali a brevetto scaduto e dei biosimilari (secondo il Position Paper dell'AIFA).

La Regione ha, inoltre, potenziato la distribuzione diretta e per conto, nonché le gare in unione d'acquisto, consentendo una riduzione dei costi per l'acquisto dei medicinali e un magazzino unico di stoccaggio e distribuzione dei farmaci, ma tale intervento non è stato rendicontato in termini economici.

In aggiunta, sono state condotte da parte delle aziende sanitarie alcune verifiche sull'appropriatezza prescrittiva, in accordo al progetto dell'ASM.

Considerati i numerosi interventi adottati dalla Regione, tuttavia non è stato evitato il superamento del tetto di spesa programmata.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la Regione ha per la maggior parte operato interventi con effetti organizzativi dell'assistenza ospedaliera.

In particolare, la spesa ospedaliera si attesta, comunque, ad un valore superiore al tetto programmato, in parte dovuto all'erogazione di farmaci innovativi ad alto costo da parte di strutture sanitarie pubbliche e attraverso la definizione dei PDTA per la gestione assistenziale (e.g. le infezioni croniche da virus dell'epatite B (HBV)).

La Regione si è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero di livello regionale, 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 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2014.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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 DGR 205 del 20.03.2015 con la quale ha approvato gli "Standard delle strutture complesse, semplici, incarichi di coordinamento e posizioni organizzative delle Aziende Sanitarie della regione Basilicata". La Regione afferma di aver tenuto conto di tali disposizioni nell'Accordo programmatico interaziendale per la redazione dell'atto aziendale, approvato con la DGR 624 del 14 maggio 2015, che costituisce indirizzo uniforme per tutte le aziende sanitarie regionali per la redazione dell'atto aziendale.

La Regione ha raggiunto la copertura della Tab. 1G del Conto Annuale.

Si riportano (vedi tabella):

- i dati riferiti al numero di strutture complesse, ospedaliere e non ospedaliere, previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- i dati riferiti al numero di strutture semplici previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- il numero delle strutture complesse ospedaliere secondo lo standard, elaborato in riferimento ai posti letto ospedalieri pubblici (1.869 PL) attivi al 1° gennaio 2014
- il numero delle strutture complesse territoriali secondo lo standard, elaborato in riferimento alla popolazione residente (578.391 ab.) nella regione Basilicata per l'anno 2014 (Fonte ISTAT)
- il numero delle strutture semplici secondo lo standard.

Dai dati risulta che la Regione per quanto riguarda le strutture assegnate presenta scostamenti dallo standard per le strutture semplici per 37 unità. Si evidenzia inoltre un sovradimensionamento rispetto allo standard per quanto riguarda le strutture previste. In particolare mostra un numero eccedente di strutture semplici previste pari a 403 e strutture complesse previste pari a 33.

Si invita la Regione a procedere in tempi brevi ad un allineamento agli standard nazionali delle strutture previste.

Tipologia di incarico	N. Strutture regionali da Standard	Anno 2014	
		Numero strutture assegnate	Numero strutture previste
Strutture complesse ospedaliere	107	84	140
Strutture complesse non ospedaliere	63	25	52
Strutture semplici (incluse le strutture semplici a valenza dipartimentale)	223	260	626

Fonte: DGSISS-Ufficio di statistica. Elaborazioni dati del Conto Annuale del SSN, dei modelli di rilevazione HSP.11 e HSP.12, della Popolazione residente ISTAT. Anno 2014

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato già per la verifica 2013 di aver recepito 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".

aao) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La Regione con Deliberazione n. 865/2015 ha recepito a livello regionale il documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

La Regione ha altresì comunicato di aver approvato con DGR 501/2015 un progetto di sperimentazione del ricovero domiciliare assistito da piattaforma di telemedicina per i malati in cure domiciliari del SSR della Regione.

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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	99,44%	2	6,0	
2	Mod. FLS.11	2	%ASL che hanno inviato il modello FLS.11 (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 FLS.12 (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	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 1C 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 STS.14 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	100,00%	2	1,0	
11	STS.21	1,5	%modelli STS.21 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 STS.24 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) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilimento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	95,59%	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) $x = 0,1 + \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_livello\_di\_istruzione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_data\_prenotazione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_classe\_priorità}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_causa\_esterna}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	99,44%	2	1,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 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	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%	96,56%	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	HSP.11/12	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)	1,66	2	4,0	
5	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	1,91	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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	2,00	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)	1,92	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 HSP.24 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 $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usl\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	0,013%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	98,07%	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		Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	dati coerenti	2	2,0	
		25							47,0	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	44,0 - ADEMPIENTE
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	2	47,0 - 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	ADEMPIENTE
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	2	4	
						8	

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 inappropriata

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	Iperensione	
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	Interv. 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	Iperplasia 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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	La regione Basilicata non ha segnalato casi di morbillo nel 2014	20
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	La regione Basilicata non ha segnalato casi di morbillo nel 2014	20
U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	19,35%	45
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	9,20%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		100

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	10,2	13,5	10,6	13,5	9,3	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	9,3	10,5	9,5	10,0	11,5	9,9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	13,2	9,1	10,7	7,7	12,7	6,6

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 nonché 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. <u>Regioni dell'OM</u> ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. <u>Regioni dell'OM</u> <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi 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	critéri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 60/90

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]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	PNA - 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 PNA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	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]	<i>non coerenti</i>	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 controlli [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	<i>≥ 95% dei controlli previsti</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni</i>	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni</i>	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.Lg.vo 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	<i>Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (893 controlli su 3739 operatori pari al 24%)</i>	<i>Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>	1	5	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	SALMONELLOSI ZOOTICHE - 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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , 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" (polli da carne 0%)	≥ 90% delle registrazioni dei campionamenti inseriti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per ciascuno dei piani applicabili, e validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"	0	0	
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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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 (74,03%)	≥ 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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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. DGSF 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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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]	<i>trend in aumento</i>	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]	<i>< dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	≥ 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. 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 2014	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione</i>	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	<i>validazione effettuata oltre la scadenza prevista</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	inviato, debitamente compilato, entro la data prevista	% di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte [vedere annotazione]	<i>numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>	numero di audit uguale o superiore al 30 % 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	<i>< 90% dei questionari di non conformità inseriti</i>	<i>≥ 90% dei questionari di non conformità inseriti</i>	referti rilasciati dal laboratorio entro i tempi indicati dal PNR 2014 per ciascuna delle categorie (10 giorni lavorativi per le sostanze di Cat. A e 30 giorni lavorativi per quelle di cat. B) [vedere annotazione]	<i>< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati</i>	<i>≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati</i>	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	<i>Mancanza di comunicazione del cellulare</i>	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]	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1 .</i>	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, maggiore di 1</i>	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]	<i>arrivo dei dati oltre il termine</i>	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]	<i>> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	<i>≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	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	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento o condizionato</i>	almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	<i>meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	<i>tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	tabella inviata in modo corretto e completo e basata su attività di audit svolta nel 2014	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	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	trasmesso entro la data prevista	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti</i>	allegato 3 inviato, corretto e completo	2	12	
	TOTALE	100								180	

SUFFICIENTE con 90% e 5 indicatori vincolanti su 6



c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione risulta adempiente avendo inviato al NSIS i dati economico-patrimoniali richiesti e avendo garantito contestualmente la qualità dei dati in termini di quadratura tra CE-LA e CE-SP.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Calabria ha effettuato integrazioni e correzioni in banca dati NSIS, superando in tal modo le criticità inizialmente rilevate sui flussi informativi CEDAP - Certificato di assistenza al parto, T1C bis - Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private, HSP.24 - Nido, nati immaturi.

Si conferma invece la criticità sulla copertura sul flusso informativo sugli screening oncologici.

La regione Calabria viene considerata adempiente con impegno ad assicurare adeguati livelli di copertura per il flusso informativo sugli screening oncologici.

e) Erogazione LEA

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La regione Calabria con un punteggio pari a 137 (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 2013), 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell’anziano, 2 Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (già rilevata dal 2012), 10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti, 11 Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100), 21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti) (già rilevata nel 2013). Considerando che la Regione è sottoposta al Piano di Rientro si rinvia agli obiettivi stabiliti dal Piano stesso.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dai dati presenti nella base dati nazionale, aggiornata al 13.01.2016, risulta che la dotazione di posti letto al 1 gennaio 2015 della regione Calabria è 5.778, pari a 2,92 p.l. per 1.000 abitanti, di cui 2,42 per pazienti acuti (4.782 posti letto) e 0,50 per riabilitazione e lungodegenza (996 posti letto).

L’offerta dei posti letto regionali è in linea con lo standard nazionale.

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014) un tasso di ospedalizzazione totale di 162,15 nel 2012, di 148,46 nel 2013 e di 139,20 nel 2014.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è del 29,5% nel 2012, del 28,85% nel 2013 e del 26,72% nel 2014.

g) Appropriatelyzza

ADEMPIENTE

La regione Calabria con una percentuale pari al 5,3% di DRG critici inferiore al valore mediano (8,8%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempimento.

Si segnalano le criticità per i DRG 008, 139, 163, 282, 339, 345, 352 e 466 (vedi tabella allegata).

Si considera superato l'impegno dell'anno 2013.

h) Liste d'attesa

INADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

Dai dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 e pervenuti al Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica risulta che la percentuale di corretta compilazione dei campi non raggiunge la soglia prevista per "Classe priorità prestazione", "Garanzia tempi attesa", "Prestazioni in primo accesso".

Non è possibile calcolare gli indicatori relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (già previsti per l'anno 2013) e, ai soli fini informativi, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica-Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia.

La Regione ha inviato il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto attività di monitoraggio ex ante. Per l'anno 2014 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 per l'anno 2014 raggiunge la soglia richiesta del 90%.

Da fonte "Rapporto SDO anno 2014" risulta che l'attesa media in gg per intervento Tumore mammella è di 19,6 gg rispetto la media nazionale di 24,7 gg.; per intervento Tumore colon retto è di 22,3 rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

La Regione effettuato il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

L'ultima comunicazione relativa alle indicazioni fornite dalla Regione per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni è riferita al mese di agosto 2013.

La Regione nell'attività di controllo dell'effettiva erogazione delle prestazioni comunica che è venuta a conoscenza di tale disservizio ma data la brevità dell'evento non ha assunto provvedimenti.

H.5 Monitoraggio dei PDT complessi

Dall'esame dei dati pervenuti, relativi al monitoraggio dei PDTA complessi, il monitoraggio risulta effettuato.

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

La Regione ha compilato la tabella del Questionario da cui risulta che non tutte le strutture dotate di sito web hanno la sezione "Liste di attesa".

Nel mese di ottobre 2015 la Regione ha trasmesso documentazione integrativa, relativa alla trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa, e altre informazioni sulle problematiche segnalate.

Si deve ancora constatare la criticità relativa al Monitoraggio ex post; si avverte che il campo "Garanzia tempi di attesa" non risulta valorizzato.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: CALABRIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	331.718.937	9,36%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	5.264.893	0,15%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	6.674.994	0,19%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	1.483.533	0,04%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	123.868.478	3,50%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	51.107.922	1,44%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	13.268.881	0,37%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	37.839.041	1,07%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		455.432.876	12,86%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	3.542.174.908	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	402.036.852	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	53.396.024	1,51%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		402,4%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
M=E-L Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione		455.432.876	12,86%
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)	286.575.947	8,09%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	12.572.130	0,35%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	2.596.444	0,07%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	33.927	0,0010%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	337.650	0,01%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		147.167.318	4,15%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	3.542.174.908	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	123.976.122	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC d	3.525.000	0,10%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	3.041.000	0,09%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		166.305.448	4,70%
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	42.329.326	1,20%

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Regione ha trasmesso una relazione illustrativa e tecnica unitamente al Decreto del Commissario ad acta n. 1 del 7 gennaio 2016 con il quale vengono approvate le linee guida per la gestione della Contabilità Analitica e per la costruzione del modello LA, nonché il cronoprogramma, che fa parte integrante dello stesso atto, nel quale sono indicati per ciascuna Azienda i livelli di implementazione della contabilità analitica con relativa previsione delle verifiche. Il cronoprogramma dovrà essere recepito da ciascuna Azienda del SSR con atto formale da trasmettere al Settore programmazione

Economica entro il 15 gennaio 2016. L'implementazione della Co.An., come citato dal DCA, deve essere inserita nel Piano delle Performance tra gli Obiettivi Strategici dei Dirigenti delle Aziende del SSR ed il personale regionale individuato nel Decreto n. 12746 del 16.11.2015 deve effettuare le verifiche sullo stato di implementazione della Co.An. presso le aziende del SSR. Alla luce dell'impegno intrapreso dalla regione Calabria e di quanto messo in atto per il miglioramento dello stato della contabilità analitica, si ritiene che la stessa possa essere considerata adempiente per gli anni 2012-2013.

Per l'anno 2014 si rinvia alla verifica periodica dell'attuazione del Piano di rientro.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione risulta adempiente in base ai contratti previsti nella DGR 214 del 8.06.2013, in cui viene prevista all'art 6 comma 3 del contratto la non confermabilità dei Direttori generali, in caso di mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario, 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 2014, 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 70,9% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

INADEMPIENTE

La Regione non ha inviato alcuna documentazione per superare le criticità degli anni 2012 e 2013, concernenti l'adeguamento della normativa regionale (art. 17 e 18 della L.r. 22/2007) a quanto previsto dal DPCM LEA 2001.

Per quanto riguarda l'anno 2014, alla Regione viene attribuito un punteggio totale di 18 punti, così ripartiti:

Offerta assistenziale: 9 punti

Ripartizione degli oneri: 5 punti

Cure domiciliari: 0 punti

Cure residenziali: 4 punti

Cure semiresidenziali: 0 punti.

La Regione raggiunge il punteggio minimo di 18 punti ma non ha adempiuto agli impegni degli anni precedenti e presenta gravi criticità. In particolare:

- il mancato adeguamento della normativa regionale (art. 17 e 18 della L.r. 22/2007) al DPCM LEA 2001, problematica che la Regione presenta da diversi anni;
- l'assistenza domiciliare: i dati relativi al flusso SIAD indicano gravi criticità nell'erogazione dell'assistenza che risulta essere sotto soglia in tutti i livelli di intensità assistenziale: Liv 1+2= 0,59 (vs. 3,30), Liv. 3+4= 0,11 (vs. 0,76)
- l'assistenza residenziale e semiresidenziale: i dati del flusso FAR evidenziano una assistenza sotto soglia soprattutto nell'assistenza residenziale e semiresidenziale con particolare riferimento alle persone con demenza; R2= 0,97 (vs. 1,27); RD2= 0,03 (vs. 0,11); R3= 0,18 (vs. 1,27).

S.3

INADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS.21 = 57%

Esito: Inadempiente.

I dati della ASP di Crotone risultano 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 = 79,06%

Esito: Inadempiente

- Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti): 0,31
- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	
313	0,16	227	0,12	14	0,01	41	0,02	595

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 244,68%

Esito: Adempiente.

Si chiede alla Regione di allineare il dato NSIS al dato trasmesso con i modelli SIS.

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 137,29%

Esito: Adempiente.

Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 1,28

- 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.
170	0,09	1838	0,94	57	0,03	1664	0,85	3721	1,90	114	0,06	1	0,00	115	0,06	3832

^(*) 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 G.U. del 28 gennaio 2013.

Visto il limite temporale del 31 dicembre 2014 per la validità del citato decreto 19/2013, la Regione con DCA 58 del 10 giugno 2015 ha prorogato l'adozione delle tariffe massime di cui al DM 18 ottobre 2012, a partire dal 1 gennaio 2015 e fino a nuove determinazioni in materia, da assumere nel breve periodo.

u) Prevenzione

INADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la regione Calabria risulta pari a 55 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Calabria ha risposto a tutti i punti del Questionario.

Per quanto concerne la programmazione in materia di formazione del personale sanitario, con DPGR — CA n. 25 del 10 marzo 2014, sono state approvate le "Linee guida 2014-2015 per i Piani di Formazione del personale delle Aziende del Servizio sanitario regionale", individuando gli obiettivi formativi sulla base dei quali ciascuna Azienda sanitaria predispone il proprio piano formativo.

Con Decreto dirigenziale n. 11619 del 1 ottobre 2014 è stato approvato il "Manuale di accreditamento dei Provider regionali ECM - Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012", trasmesso il 20 ottobre 2014 al Comitato tecnico delle Regioni.

Ha fornito le informazioni relative alle risorse finanziarie utilizzate in favore delle Aziende del SSR nel 2014 per la formazione continua dei professionisti sanitari e le informazioni relative al trasferimento dei report degli eventi formativi al CoGeAPS.

Per quanto riguarda l'Osservatorio regionale i cui componenti sono stati nominati con DDG 17777 del 13 dicembre 2012, la regione Calabria ha dichiarato che "con nota prot. 123755 del 21.04.2015 ha chiesto all'Age.Na.S. specifico supporto ai fini dell'operatività dell'Osservatorio regionale con riferimento alla formazione iniziale dei suoi componenti e affinché possa essere condotto al meglio il lavoro di verifica e controllo sui primi provider". Tale risposta non si ritiene sufficiente in quanto la Regione non ha fornito alcun documento dal quale si possa evincere l'operatività dell'Organismo di cui trattasi. Purtroppo, valutando positivamente il percorso intrapreso dalla Regione in materia di aggiornamento del personale sanitario, per l'anno 2014 si considera adempiente con l'impegno ad attivare in tempi brevi l'Osservatorio regionale, ricordando che ai fini degli adempimenti Lea 2015 la Regione dovrà dare "formale evidenza delle visite di verifica effettuate dall'Osservatorio regionale".

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE

Dalla documentazione pervenuta e dall'esame del P.O. risulta che la Regione si è impegnata nella strutturazione di un sistema di individuazione e monitoraggio di PDTA. Inoltre, ha provveduto a nuovi PDTA sia in ambito ospedaliero che territoriale, anche se formalizzati nell'anno 2015.

La Regione dichiara di svolgere il monitoraggio dei PDTA avvalendosi degli indicatori previsti negli stessi percorsi.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di non garantire livelli aggiuntivi di assistenza.

ah) Accredитamento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di aver recepito l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, con la DPGR 44 del 29.03.2013 e di aver concluso l'iter per l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie.

La Regione precisa di aver stabilito le modalità di implementazione dell'Intesa del 20.12.2012 attraverso appositi obiettivi del Programma Operativo 2013 – 2015 da concludersi entro dicembre 2015.

In particolare ha stabilito di creare dei Gruppi di Lavoro per la:

- revisione della normativa regionale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti
- definizione/aggiornamento dei requisiti di autorizzazione sanitaria all'esercizio
- definizione/aggiornamento dei requisiti di accreditamento istituzionale.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La regione Calabria ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali dichiarando che non ha legiferato in materia e che, alla data del 31 dicembre 2014, non sono attive sperimentazioni ed innovazioni gestionali in Regione.

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

ADEMPIENTE

La regione Calabria ha trasmesso il DCA 84 del 21.07.2015 avente ad oggetto l'approvazione del progetto di riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati.

Relativamente alla medicina di laboratorio, la Regione ha fornito la relazione sullo stato dell'arte del processo di riorganizzazione. In merito alla richiesta di integrazioni per i quesiti k), m) e n) del Questionario, la Regione ha inviato una nota specificando che, allo stato attuale, i dati richiesti non sono disponibili.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La regione Calabria ha trasmesso 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.

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.

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.

La regione Calabria, in ottemperanza a quanto richiesto, ha trasmesso le integrazioni relative ai dati complessivi.

In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 30.776 controlli, pari al 19% del totale, mentre effettua per le strutture private accreditate 29.454 controlli, pari al 45%; delle cartelle controllate non ne sono state confermate il 21% per le strutture pubbliche ed il 26% per le strutture private accreditate.

In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuazione dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) la Regione complessivamente assicura per le strutture pubbliche e per le strutture private una percentuale di controlli pari ad almeno il 2,5% della totalità delle cartelle cliniche.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

Nel complesso si valutano positivamente gli adempimenti e le azioni compiute della Regione.

Tra l'altro, la Regione identifica le strutture Hub e Spoke per la Rete regionale di terapia del dolore, per il tramite del DCA 36 del 14 maggio 2015.

Relativamente alla tabella degli indicatori (rif. DM 43/2007) si segnala che l'indicatore n. 7 risulta elevato secondo gli standard di riferimento e si raccomanda di adottare le opportune iniziative.

AO.2

INADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2014 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 STS.11: 2/5

Si riscontra una parziale correzione dell'anagrafica delle strutture attese ma si segnala che 1 struttura inviante i dati non risulta tra quelle censite in anagrafica. E' opportuno verificare l'anagrafica delle strutture ed integrare i dati per le strutture mancanti.

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

La Regione non fornisce i chiarimenti richiesti relativamente alla dimissione di internati in OPG e ha formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 3 ter della Legge n. 9/2012 e s.m.i..

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

Dall'analisi della documentazione pervenuta risulta quanto segue.

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha implementato 12 Raccomandazioni su 15 ad una percentuale maggiore del 80%.

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 antineoplastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono il 63%.

La Regione invia, per soli fini informativi, la documentazione relativa alla presenza di una procedura per la gestione della terapia con farmaci antineoplastici e alle attività ad essa correlate.

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

La Regione invia le informazioni richieste circa i corsi di sicurezza del paziente.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che 104 UO chirurgiche regionali su 120 utilizzano la Checklist di chirurgia, raggiungendo l'87%.

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione ha adottato le raccomandazioni ministeriali.

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione ha inviato la documentazione relativa all'attivazione del 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

La Regione ha fornito gli indicatori di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

INADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 0,57%

Esito: Inadempiente

La regione deve integrare i dati mancanti.

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

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella.

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
150	287	91	522	394	54	4	102	83	33	1720

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 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014/Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 2965/9>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: 99,9%

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): 759
- Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,86.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

Sono state eseguite tutte le visite di verifica presso gli 11 Servizi Trasfusionali regionali e le 8 Unità di Raccolta associative (comprendenti anche le visite presso le articolazioni territoriali fisse e mobili), finalizzate all'autorizzazione e all'accreditamento.

I Decreti di autorizzazione e accreditamento sono in fase di registrazione.

Per quanto riguarda il programma annuale per l'autosufficienza regionale del sangue e dei suoi prodotti, la Regione ha provveduto a quanto richiesto avvalendosi del piano di programmazione 2013-2014.

aaf) Percorso nascita

INADEMPIENTE

La regione Calabria non ha dato conto del superamento delle criticità riscontrate nella verifica 2013 ed in particolare:

- della messa a regime di STAM e STEN entro il mese di giugno 2015, come previsto dal documento "Rete per il trasporto neonatale" che riportava la tempistica di attuazione dei suddetti sistemi di emergenza;

- dell'attivazione delle procedure per lo sblocco del turnover relativamente all'area dell'emergenza, conditio sine qua non per avviare la partoanalgesia nelle Aziende Ospedaliere.

Si sottolinea che già nella verifica 2013 era stata evidenziata l'assenza di una cronologia relativa all'attivazione della partoanalgesia.

Inoltre, non è stata inviata la tabella del Questionario 2013 relativa alla presenza dei requisiti e degli standard nel Presidio Ospedaliero Basso Ionio di Soverato, che effettua un volume di parti <500/anno.

Si rappresenta che, relativamente alla chiusura del Presidio Ospedaliero Basso Ionio di Soverato (ASP di Catanzaro), il cui volume di attività nel 2012 è stato di 434 parti/anno e nel 2013 di 435 parti/anno, la rivalutazione che sarà effettuata al 31.12.2015 dovrà tener conto che il numero di parti in tale PN nel 2014 si è ulteriormente ridotto a 372/anno, confermando il trend negativo di tale struttura.

Allo stato attuale, in assenza di documentazione attestante la realizzazione di quanto sopra citato, non si può ritenere superata l'inadempienza per il 2013.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La Regione ha trasmesso l'atto programmatico di riorganizzazione delle reti emanato nell'aprile 2015 e già inviato per gli adempimenti relativi al Piano di rientro.

In tale atto viene definita l'attività programmatica e le azioni relative all'attuazione di quanto pianificato per la riorganizzazione della rete di emergenza urgenza ospedaliera e territoriale e delle reti per le patologie tempo dipendenti.

Non sono stati forniti aggiornamenti rispetto agli altri punti richiesti.

Nel prendere atto di quanto programmato ma non ancora attuato, si evidenzia che la Regione non ha fornito le informazioni richieste, relativamente all'anno 2014, sullo stato dell'arte del sistema di emergenza urgenza e delle reti assistenziali tempo dipendenti; la documentazione integrativa trasmessa dalla Regione fa riferimento ai Decreti emanati e alle attività svolte nell'anno 2015.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP.24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP.24: 98,88%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/ totale record inviati: 99,70%

Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 282,42

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

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
69844	12,63%	340855	61,63%	134098	24,25%	8191	1,48%	60	0,01%	0	0	553048

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		N.A.		
66294	11,99%	317504	57,41%	143244	25,90%	7113	1,29%	125	0,02%	18768	3,39%	553048

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014 / N. di interventi al 118 anno 2013 = 108,17%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

data/ora inizio chiamata corretta 100,00%

data/ora arrivo mezzo di soccorso 99,67%

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), lo stesso dell'anno 2013.

aah) Cure primarie

La Regione trasmette una nota di aggiornamento sul processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale finalizzato soprattutto a favorire il pieno sviluppo dell'associazionismo evoluto della Medicina convenzionata (MMG e PLS), sebbene da una recente ricognizione (2013) emerga la resistenza al superamento delle primordiali forme associative, come la forma associativa semplice che è ancora praticata dal 32% dei MMG e dal 65% dei PLS.

A tal fine sono stati messi in atto una serie di attività sperimentali tra le quali il progetto "Cure Primarie: implementazione del modello H24 in raccordo con il sistema di emergenza/urgenza ed integrazione con la rete ospedaliera e delle strutture residenziali" con l'obiettivo principale della riorganizzazione dei servizi territoriali per favorire la riduzione degli accessi impropri al PS e i ricoveri impropri, che ha visto la sperimentazione di un modello di Assistenza Territoriale Integrata (ATI) realizzato nell'ambito territoriale del Comune di Lamezia. Altri progetti hanno visto l'avvio del modello organizzativo "Nuclei di Cure Primarie – NCP" i cui obiettivi principali sono sia la gestione di codici bianchi, mediante la disponibilità oraria di 12 ore al giorno, che la gestione delle patologie croniche di maggiore rilievo sociale (ipertensione arteriosa, diabete, bronchite cronica, sindrome metabolica).

E' confermata la costituzione dei 6 NCP (2 a Cosenza, 1 a Rende, 1 a Montalto, 1 a Paola e 1 a Corigliano), ad ognuno dei quali partecipano in media 20 MMG. Ogni NCP si avvale di strumenti informatici atti a registrare e valutare l'andamento del lavoro e di un programma gestionale per il governo dei dati del paziente. Sono state altresì attivate 12 UCCP delle quali 6 nell'ASP di Catanzaro (1 a Lamezia Terme, 1 a Soverato, 3 a Catanzaro e 1 a Reventino) e 6 nell'ASP di Cosenza (2 a Cosenza, 1 a Paola, 1 a Corigliano, 1 a Montalto, 1 a Rende) in grado di garantire una copertura assistenziale h24 ed il cui modello organizzativo è stato approvato con Deliberazione n. 570/2013. In tale processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, che peraltro la Regione intende implementare, lo sviluppo delle forme organizzative della medicina convenzionata (UCCP e AFT) rappresentano una scelta necessaria per fornire risposte adeguate ai bisogni dei cittadini anche in relazione alle peculiari caratteristiche oro-geografiche del territorio e per tale motivo sono contemplate nel nuovo redigendo documento di riorganizzazione della rete territoriale.

In conclusione, l'aggiornamento sul processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale fornito dalla Regione, oltre a confermare l'attivazione dei 6 Nuclei di Cure Primarie (NCP), il cui assetto organizzativo appare riconducibile alle AFT, evidenzia l'attivazione di 12 Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) delle quali 6 nell'ASP di Cosenza e 6 nelle ASP di Catanzaro. Pertanto, seppure non siano ancora stati adottati gli atti formali di istituzione dei modelli organizzativi UCCP e AFT, il

processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale in atto nella regione Calabria appare in linea con le indicazioni fornite dalla vigente normativa (Legge 189/2012 e Patto per la Salute 2014-2016).

aa1) Riabilitazione

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione non ha risposto ai quesiti del Questionario e non ha trasmesso documentazione a supporto.

Relativamente ai dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedaliero, vedere tabella allegata.

La Regione presenta per l'indicatore di inappropriata clinica nell'anno 2014 una variazione positiva rispetto alla media nazionale e un buon trend per gli anni 2012-2014.

Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza, la Regione presenta un posizionamento negativo in quanto il valore è superiore rispetto al valore Italia, pur se si osserva una diminuzione della percentuale di giornate di degenza rispetto agli anni precedenti.

Per quanto riguarda il dato relativo alla inappropriata organizzativa, risulta leggermente al di sopra del valore medio nazionale e con un trend altalenante rispetto agli anni precedenti.

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad inviare la documentazione relativa ai PDTA e al loro monitoraggio.

aa2) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La regione Calabria risulta sufficiente per 5 items 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.

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 (punteggio pari al 86% e 4 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacovigilanza sugli operatori controllabili e di quanto previsto dal Piano Nazionale per la ricerca dei Residui (PNR) oltre al mancato rispetto dei tempi per il rilascio del riconoscimento definitivo per gli stabilimenti che producono alimenti di origine animale.

aa3) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Sulla base delle informazioni fornite dalla Regione, 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" è pari al 24,5% delle strutture totali, in aumento del 5,5% rispetto al 2013.

aa4) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

SI RINVIA AL PUNTO L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

La spesa regionale della Calabria ha evidenziato nel 2014 una spesa farmaceutica territoriale di 455,4 milioni di euro, corrispondente a un disavanzo rispetto al tetto del 11,35% del fabbisogno sanitario regionale pari al 1,51% (corrispondente a 53,4 milioni di euro).

La spesa ospedaliera risulta di 166,3 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 3,5% del fabbisogno sanitario regionale del 1,2% (42,3 milioni di euro).

In generale, la regione Calabria evidenzia una spesa farmaceutica superiore ai livelli dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo complessivo di 95,7 milioni di euro.

In considerazione del fatto che la Regione non ha ancora rispettato i tetti prefissati per entrambi le voci di spesa (13,93% per l'assistenza territoriale al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci" rispetto al tetto del 11,35% e 4,70% per l'assistenza ospedaliera rispetto al tetto del 3,5%), la stessa presenta ancora importanti margini di miglioramento nella regolazione della propria spesa farmaceutica rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 14,85% del FSR.

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

L'andamento della spesa farmaceutica ha registrato negli ultimi anni un trend costante per entrambi gli ambiti di assistenza farmaceutica.

Tali risultati sono stati realizzati attraverso interventi incentrati principalmente sulla promozione dell'appropriatezza prescrittiva nella profilassi e nella terapia della malattia tromboembolica venosa, nonché misure di promozione dell'appropriatezza e razionalizzazione d'uso dei farmaci e relativo monitoraggio (e.g. EBPM, inibitori selettivi del fattore Xa, NAO).

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la regione Calabria evidenzia, malgrado gli sforzi, un trend pressoché costante dell'incidenza della spesa, con un'incidenza percentuale sul FSR ancora molto lontana dal tetto del 3,5%.

La Regione si è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero di livello regionale, aggiornato con cadenza semestrale e trasmesso all'AIFA.

Infine, la regione Calabria 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 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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 Calabria, a riscontro delle criticità inizialmente riscontrate, ha integrato i dati della tabella 1G per le strutture che risultavano non pervenute.

Dai dati emerge che la Regione, per le strutture previste, è sovradimensionata rispetto allo standard per le strutture complesse ospedaliere e per le strutture semplici, rispettivamente di n.103 UOC e 213 UOS.

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad adottare provvedimenti e iniziative specifiche per il contenimento del numero complessivo delle strutture semplici e complesse.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione aveva dichiarato già per la verifica 2013 di aver recepito 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".

aa0) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La Regione, con DPGR del Commissario ad acta n. 24 del 10.03.2014, ha recepito a livello regionale il documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

Allegati Calabria

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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	FLS.11	2	% ASL che hanno inviato il modello FLS.11 (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 FLS.12 (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	HSP.11/12	2	% modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	% modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 1C 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 STS.14 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	100,00%	2	1,0	
11	STS.21	1,5	% modelli STS.21 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 STS.24 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	98,47%	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) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilm ento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_livello\_di\_istruzione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_data\_prenotazione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_classe\_priorità}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_causa\_esterna}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	97,29%	2	1,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	non inviato entro la data prevista	0	0,0	
		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%	99,30%	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	HSP.11/12	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)	1,47	2	4,0	
5	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	1,63	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)	1,57	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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	2,00	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)	1,86	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)	1,83	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	1,98	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	1,92	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 HSP.24 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	1,53	2	1,0	

14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usl\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	95,19%	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		Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	dati coerenti	2	2,0	
		25							45,0	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 - INADEMPIENTE
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	2	45,0 - 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 inappropriata

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	Iperensione	
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	Interv. 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	Iperplasia 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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	100,0%	20
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	83,3%	20
U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	25,00%	0
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	5,32%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		55

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	12,7	13,5	12,3	13,5	10,3	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	7,9	10,5	6,8	10,0	10,1	9,9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	10,6	9,1	10,1	7,7	9,0	6,6

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. <u>Regioni dell'OM</u> ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. <u>Regioni dell'OM</u> <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN)

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			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]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	PNA - 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 PNA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	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]	<i>non coerenti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	<i>≥ 95% dei controlli previsiti</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni</i>	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n.193. Nota DGSF 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 DGSF 13986 del 15/7/2013	5	Invio, corretto e completo, utilizzando la modulistica prevista, dei dati di attività entro i tempi previsti [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	<i>Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (1496 controlli su 4555 operatori pari al 33%)</i>	<i>Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>	1	5	VINCOLAN TE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	SALMONELLOSI ZOOTICHE - 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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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 (70,79%)	≥ 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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>invio corretto e completo entro la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	<i>corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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. DGSF 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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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	<i>>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>	≤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]	<i>trend in aumento</i>	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]	<i>< dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	≥ 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. 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 2014	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione</i>	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	<i>validazione effettuata oltre la scadenza prevista</i>	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. DG SAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DG SAN 1312 del 20/1/2014, debitamente compilato	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	inviato, debitamente compilato, entro la data prevista	% di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte [vedere annotazione]	<i>numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>	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	<i>< 90% dei questionari di non conformità inseriti</i>	<i>≥ 90% dei questionari di non conformità inseriti</i>	referti rilasciati dal laboratorio entro i tempi indicati dal PNR 2014 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 (41,4% per Categoria A)	<i>≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati</i>	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	<i>Manca di comunicazione del cellulare</i>	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]	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1.</i>	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, maggiore di 1</i>	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]	<i>arrivo dei dati oltre il termine</i>	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]	<i>> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	≤ 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	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 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 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04 (0%)	<i>almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	<i>tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	tabella inviata in modo corretto e completo e basata su attività di audit svolta nel 2014	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	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	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 (compilazione non corretta per assenza dettagli delle singole ASL)	<i>allegato 3 inviato, corretto e completo</i>	1	6	
TOTALE		100								172	

SUFFICIENTE con 86% e 4 indicatori vincolanti su 6



c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

Dalla situazione aggiornata dei modelli economico patrimoniali, risulta pervenuto il modello LA 000 e 999, anche se con notevole ritardo rispetto alla tempistica richiesta. Dalla verifica CE-LA e CE-SP risulta garantita la qualità richiesta ed è stato trasmesso l'Allegato 6 con la relativa riconduzione ai livelli di assistenza.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Le criticità inizialmente riscontrate nel flusso informativo T1C bis – personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche, sono state superate.

Permangono tuttavale criticità sulla copertura della SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera, Dati SDO compilazione nuovi campi (DM 135 del 8.07.2010) e screening oncologici.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a eliminare le suddette criticità.

e) Erogazione LEA

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La regione Campania con un punteggio pari a 139 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "intermedia". In particolare 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 2013), 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni) (già rilevata nel 2013), 2 Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (già rilevata dal 2012), 5.2 Malattie animali trasmissibili all'uomo, 5.3 Anagrafi animali, 18 Percentuale parti cesarei primari (già rilevata nel 2013).

La Regione in data 12.10.2015 trasmette la nota prot. 683245, con la quale, in relazione all'Anagrafe ovicaprina, comunica di aver eseguito i controlli sul 2,91% delle aziende ovicaprine. In realtà i controlli documentati (attraverso la checklist caricata in BDN come previsto dalla normativa vigente, e specificato con nota DGSAF n. 17009 del 29.9.2011 concernente tali controlli) sono pari al 2,83%. Pertanto il dato di attività per la regione Campania è pari al 94,3% (e quindi $<95\%$).

Considerando che la Regione è sottoposta al Piano di Rientro e che non si evidenziano significativi miglioramenti, si considera la Regione inadempiente con rinvio al Piano di rientro.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2015, la regione Campania ha una dotazione di 18.356 posti letto, pari a 3,13 per 1.000 abitanti, di cui 2,80 per pazienti acuti (16.401 posti letto) e 0,33 per riabilitazione e lungodegenza (1.955 posti letto - in base dati 2015 figurano 2 posti letto di Lungodegenza in regime di day hospital, che sono stati sommati ai posti letto ordinari). Si rammenta che la dotazione di p.l. per la riabilitazione e la lungodegenza deve essere al minimo pari allo 0,35 per 1000 ab.

La Regione non ha effettuato la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13 in base dati 2015.

In riferimento alla tematica in questione, la Regione ha trasmesso due decreti commissariali inerenti la rimodulazione dell'offerta assistenziale ospedaliera e territoriale, che appaiono in linea con i disposti normativi di riferimento. La Regione deve validare i flussi informativi come sopra riportato.

F.2

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Base Dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 193,12 nel 2012, 187,30 nel 2013 e 177,92 nel 2014.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, essendo pari al 36,6% nel 2012, a 36,77% nel 2013 e al 35,53% nel 2014.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Campania con una percentuale pari al 13,7% di DRG critici si colloca nell'area dell'adempienza con impegno.

Si segnalano criticità per i DRG 041, 051, 061, 162, 168, 184, 282, 317, 339, 342, 349, 364 e 381 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

INADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

Dai dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 e pervenuti al Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica si evince che la percentuale di corretta compilazione dei campi non raggiunge la soglia prevista per "Classe priorità prestazione" (14,19%) e "Prestazioni in primo accesso" (10,24%). Per quanto esplicitato non è possibile calcolare gli indicatori previsti, relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (già previsti per l'anno 2013) e, ai soli fini informativi, RMN colonna vertebrale, Ecografia ostetrico-ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia.

Non è pervenuto il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto per l'anno 2014 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante, ma i dati non sono valutabili (come per il 2013, nonostante l'impegno dichiarato dalla Regione).

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Dai dati pervenuti risulta che la corretta valorizzazione dei campi non raggiunge la soglia prevista del 90%.

Da fonte "Rapporto SDO 2014" risulta che l'attesa media in gg per intervento tumore mammella è di 21,8 gg rispetto alla media nazionale di 24,7 gg.; per intervento tumore colon retto è di 24 gg rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

Dai dati pervenuti risulta che la Regione effettua il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

La Regione dichiara che le informazioni relative alle indicazioni per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni sono desumibili dal Piano Regionale di governo delle Liste di attesa (PRGLA).

Relativamente all'eventuale sospensione dell'attività di prenotazione presso le strutture sanitarie, la Regione dichiara di intervenire solo sulla base di reclami, che, tra l'altro, non sono pervenuti nel corso del 2014.

H.5 Monitoraggio PDT complessi

Dall'esame dei dati relativi al monitoraggio dei PDTA complessi risulta che il monitoraggio è stato effettuato.

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

La Regione ha compilato la tabella relativa alla presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web delle Aziende erogatrici, da cui risulta che solo il 59% ha una sezione liste.

La Regione ha trasmesso documentazione integrativa, dall'analisi della quale si rappresenta quanto segue.

Sono pervenuti i file del Monitoraggio ex post, dai quali emerge una situazione a macchia di leopardo tra le varie strutture. Attraverso il cruscotto NSIS, anche per i dati del 2015 permangono le stesse problematiche del 2014, ovvero non risulta nessuna visita oculistica neanche in primo accesso, mentre risultano garantite 4 mammografie su 4 in classe B e 3 su 3 in classe D; la TAC Torace senza e con contrasto evidenzia anch'essa una assenza totale di dati per classe B e D; infine, per Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici non vi sono dati.

La Regione con nota prot. 0625551 del 21.09.2015 ha richiesto alle Aziende Sanitarie la valorizzazione dell'area della ricetta caratterizzata dalle quattro caselle di biffatura delle classi di priorità, pena applicazione ai Medici di Medicina Generale delle sanzioni previste dall'art. 30 dell'ACN 29 luglio 2009 e ha posto in essere l'attività di ricognizione della modalità ex post delle prestazioni erogate e la loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

Inoltre, dal cruscotto informativo NSIS è possibile verificare i dati parziali del 2015 anche rispetto alle percentuali di valorizzazione dei campi, da cui emerge che il campo "Classe priorità" ha una percentuale del 12,99% e il campo "Prestazioni in primo accesso" del 10,58%, dato che è evidentemente allineato all'anno precedente.

Per quanto attiene il Monitoraggio delle attività di ricovero e la Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa, gli interventi in atto sono valutati positivamente.

In risposta alla richiesta di ulteriore documentazione volta a sanare le criticità relative al Monitoraggio ex post, la Regione trasmette a marzo 2016 la nota prot. 0164401, dalla cui analisi emerge una maggiore consapevolezza dei fattori contribuenti che impediscono il reale calcolo delle attese e le difficoltà di gestione delle liste di attesa su tutto il territorio della regione Campania.

Si prende atto di quanto riportato e si auspica che le indicazioni dirette ai MMG siano integralmente adottate.

Ciò nonostante continuano a permanere criticità sul Monitoraggio ex post, avvalorate dalla verifica tramite il cruscotto NSIS; è necessario il consolidamento dei flussi di monitoraggio indispensabili oltre che la presenza della biffatura delle ricette.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: CAMPANIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	891.969.960	8,61%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	13.549.741	0,13%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	19.084.812	0,18%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	3.769.337	0,04%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	342.200.785	3,30%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	188.420.471	1,82%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	80.899.044	0,78%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	107.521.427	1,04%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		1.278.665.899	12,35%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	10.355.417.148	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	1.175.339.846	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	103.326.053	1,00%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		127,7%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,0%
M=E-L Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione		1.278.665.899	12,3%
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)	810.716.678	7,83%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	25.593.169	0,25%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	7.909.073	0,08%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	121.041	0,0012%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	1.800.410	0,02%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		433.092.200	4,18%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	10.355.417.148	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	362.439.600	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC d	5.366.000	0,05%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	17.081.000	0,16%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		481.132.369	4,65%
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	118.692.769	1,15%

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

Sin dalla verifica 2013 si è preso atto che la Regione presenta ancora criticità soprattutto in riferimento alla quadratura tra COGE–COAN La Regione ha attuato una procedura di monitoraggio nei confronti delle singole aziende per verificare lo status di ciascuna di esse.

La documentazione inviata è stata puntuale, riportando la descrizione di tutte le criticità aziendali unitamente alle azioni da intraprendere entro la fine del 2015. Solo l'azienda di Caserta 203 relativamente all'obiettivo di quadratura tra Contabilità analitica e generale ha previsto come tempistica la fine di giugno 2016, mentre l'azienda di San Sebastiano relativamente agli obiettivi A4 Capacità di quantificare gli scambi interni, B1 Utilizzo di contabilità analitica per la compilazione del modello LA e B2 Capacità di quantificare l'attività territoriale svolta, ha previsto la fine del 2016 per il loro pieno raggiungimento.

Alla luce di quanto dichiarato dalla Regione si prende atto dello stato di implementazione attuato a livello aziendale e si rinvia al Programma Operativo.

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 2014 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 2014, 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 74,7% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Alla Regione è stato attribuito un punteggio totale di 18 punti, così ripartiti:

- Offerta assistenziale: 8 punti (minimo 4 punti)
- Ripartizione degli oneri: 7 punti (minimo 4 punti)
- Cure domiciliari: 3 punti (minimo 3)
- Cure residenziali: 0 punti (minimo 4 punti)
- Cure semiresidenziali: 0 punti (minimo)

La Regione raggiunge il punteggio minimo di 18 punti pur in presenza di gravi criticità che riguardano:

- l'assistenza domiciliare: i dati relativi al flusso SIAD indicano gravi criticità nell'erogazione dell'assistenza che risulta essere sotto soglia nei livelli di intensità assistenziale 1 e 2: 1.22 (vs. 3.26);
- l'assistenza residenziale: i dati del flusso FAR evidenziano un'assistenza sotto soglia in tutti i livelli di intensità assistenziale R1: 0,01 (vs. 0,03); R2: 0,01 (vs. 1,27); RD2: 0,03 (vs. 0,11); R3: 0,18 (vs. 0,66).

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad adeguare l'offerta di cure domiciliari e residenziali.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS.21 = 87%

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 = 84,81%

Esito: Adempiente

- Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 1,87
- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	
2.727	0,47	4.325	0,75	1.007	0,17	2.845	0,49	10.904

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 502,92%

Esito: Adempiente con impegno.

Si segnala la mancanza di dati da parte di 1 ASL e si chiede di allineare il dato NSIS al dato trasmesso con i modelli SIS.

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 106,57%

Esito: Adempiente

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 0,33
- 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.
57	0,01	84	0,01	145	0,03	931	0,16	1200	0,21	310	0,05	389	0,07	689	0,12	1888

^(*) 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 n. 32/2013 avente per 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.

Quanto disposto dall'art. 4, comma 1 lettera d) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stato adottato con DGR 401 del 9 marzo 2007.

u) Prevenzione

INADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la regione Campania risulta pari a 45 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Campania ha fornito le stesse informazioni degli anni precedenti e richiama atti deliberati prima del 2014 in quanto ancora vigenti.

Per quanto concerne l'Osservatorio regionale, la Regione ha dichiarato che "le attività partiranno appena perfezionata la nomina del Presidente dell'Organismo".

Dalla risposta fornita dalla Regione si presume che l'Osservatorio regionale, pur essendo stato costituito con Decreto Presidenziale del 6.03.2014, allo stato non è operativo, nonostante sia stata già segnalata l'importanza dell'attivazione di tale Organismo nella verifica relativa all'anno 2013.

Ciò premesso, considerando che la Regione, con il supporto di Agenas, ha intrapreso un percorso positivo realizzando il sistema di accreditamento regionale attraverso una piattaforma informatica che consente il monitoraggio dei provider accreditati, degli eventi e il trasferimento dei dati dei partecipanti agli eventi formativi al CoGeAPS e all'Ente accreditante attraverso il tracciato unico come previsto dalla normativa, si considera adempiente con impegno ad attivare l'Osservatorio regionale.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla documentazione pervenuta risulta che la Regione si sta impegnando nella costituzione e strutturazione del sistema dedicato alla implementazione di PDTA individuati a livello aziendale (contemplati anche nell'elenco del Questionario) nonché alla individuazione di nuovi PDTA così come riscontrato nel Piano Operativo.

La Regione dichiara di aver svolto il monitoraggio di tutti i PDTA implementati a livello aziendale al fine di procedere ad una azione costante di tutoraggio anche attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro opportunamente designato.

Pur esprimendo una valutazione positiva, si richiede alla Regione di acquisire l'atto formale di adozione del PDTA relativo alla degenza ospedaliera del paziente pediatrico e di fornire le risultanze del monitoraggio del PDTA relativo al Diabete mellito, attività anticipata nella documentazione inviata per le precedenti valutazioni.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a trasmettere l'atto formale di adozione del PDTA relativo alla degenza ospedaliera del paziente pediatrico e delle risultanze del monitoraggio del PDTA relativo al Diabete mellito nonché di altri PDTA individuati.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione dichiara di non garantire nessun livello ulteriore di assistenza.

Dall'Allegato 5 del modello LA 2014 non risultano livelli ulteriori.

Risulta, tuttavia, che la Regione garantisce l'erogazione gratuita di farmaci di fascia C ai malati rari (DCA 43/2010).

In seguito alla richiesta di chiarimenti in ordine all'erogazione dei farmaci di fascia C agli assistiti affetti da malattia rara, la Regione trasmette una nota con la quale specifica che, con riferimento al suddetto livello ulteriore, è in elaborazione una bozza di modifica del decreto n. 43/2010 da sottoporre al nuovo Commissario alla sanità.

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad approvare la suddetta modifica.

ah) Accredитamento istituzionale

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Regione dichiara di aver recepito l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 con DCA n. 26 del 10.03.2015, con notevole ritardo.

La Regione dichiara, inoltre, di non aver ancora terminato l'iter di accredитamento istituzionale che conclude i percorsi di autorizzazione e accredитamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie, chiarendo che sono state definite oltre il 75% delle istanze pervenute, mentre per le rimanenti sono in corso di adozione i Decreti Commissariali di accredитamento. La Regione sottolinea che la data per la conclusione delle procedure è il 31 marzo 2015.

Si rileva positivamente l'avanzamento delle procedure, tuttavia non si evince la tipologia delle strutture ancora in iter procedurale e se fra queste vi siano anche strutture ospedaliere e ambulatoriali. Inoltre, si chiede esplicitamente di conoscere l'effettiva determinazione dei fabbisogni di prestazioni assistenziali regionali e la tempistica attuata per la conclusione degli accordi contrattuali.

La Regione trasmette a marzo 2016 una dettagliata relazione inerente la situazione dell'accreditamento istituzionale definitivo per le strutture ambulatoriali dell'ASL di Avellino, che non modifica quanto sopra esposto.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali compilata in tutte le sue parti. Al 31 dicembre 2014 risulta in corso una sola sperimentazione gestionale "Malzoni Radiosurgery Center – Centro Studi e Ricerche Raffaele Carola Srl". Per tale sperimentazione la Regione ha descritto la procedura in corso ed allegato gli atti relativi.

In particolare, la regione Campania ha trasmesso il parere dell'Avvocatura di Stato, Ufficio distrettuale di Napoli, che con nota del 3.11.2015 ha ritenuto che nel caso di specie "sussistono i presupposti per la cessazione del progetto di sperimentazione e la messa in liquidazione del Malzoni Radio Surgery Center Srl, fatta salva ogni altra valutazione di rilevanza medico scientifico sociale come circostanziata nel decreto commissariale n. 88 del 2012 ed affidata ai competenti organi ministeriali".

Alla luce di quanto espresso la Regione, con nota prot. 4091/C del 12.11.2015, comunica l'avvio del relativo procedimento di "conclusione della sperimentazione" invitando il Commissario Straordinario dell'ASL di Salerno, il Legale Rappresentante della società ed i Ministeri competenti a produrre entro 15 giorni eventuali controdeduzioni.

Facendo seguito alla suddetta nota, con prot. 0156742 del 04.03.2016 la Regione ha trasmesso una ulteriore richiesta di valutazione, ai Ministeri competenti, in merito alla eventuale proroga a mutate condizioni della sperimentazione gestionale al Malzoni Radiosurgery Center – Centro Studi e Ricerche Raffaele Carola Srl, o alla sua conclusione con avvio della fase di selezione del socio privato attraverso l'indizione di una gara pubblica.

A tal proposito la valutazione sopra riportata non muta e si concorda con quanto espresso dall'Avvocatura di Stato, Ufficio distrettuale di Napoli, in merito all'iter giuridico da seguire nel rispetto del dettato dell'art. 9-bis del D.Lgs. 502/92. Si invita pertanto la Regione a considerare soluzioni alternative, in fase di programmazione, nel rispetto del DM 70/2015, al fine di garantire adeguate risposte al bisogno sanitario espresso dalla popolazione di riferimento. Si resta comunque in attesa di conoscere gli sviluppi del procedimento che la Regione intenderà avviare.

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

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione ha indicato la normativa di riferimento sia per la rete pubblica che per la rete privata; ha indicato inoltre la normativa relativa al service di laboratorio.

Per quanto riguarda la medicina di laboratorio, la Regione ha risposto ai quesiti in maniera non aggregata, allegando i dati delle singole aziende sanitarie. Si chiede pertanto alla Regione un impegno concreto in tal senso al fine di disporre di dati aggregati che possano consentire di avere un quadro più chiaro della rete laboratoristica a livello regionale, come già richiesto nel corso della verifica dell'anno 2013.

am) Controllo cartelle cliniche

INADEMPIENTE

La regione Campania con nota prot. 3767 del 18 novembre 2015 trasmette un documento esplicativo sull'attuale modello organizzativo regionale di controllo delle cartelle cliniche. Relativamente ai controlli analitici casuali, la Regione riporta che "...si è ritenuto necessario focalizzare l'attenzione dei controllori su queste casistiche (prestazioni ad alto rischio di inappropriately) e non estendere ulteriormente i controlli con selezioni specificamente casuali. Si riconosce pure che il citato DCA 6/2011 non risponde a pieno al dettato del DM 10 dicembre 2009 per cui è in corso la revisione di quanto regolamentato". Non si ritiene, quindi, che la Regione soddisfi i criteri per il superamento dell'impegno per l'anno di verifica 2013.

La Regione con nota prot. 467130 del 6 luglio 2015 trasmette la documentazione e le Tabelle 1 e 2 secondo quanto previsto dall'art.3 comma 2 del DM 10 dicembre 2009.

In riferimento alla Tabella 1 emerge che è stata eseguita una percentuale di controlli analitici casuali complessivamente superiori al 10% per le strutture pubbliche e per quelle private.

In riferimento alla Tabella 2 la Regione assicura complessivamente per le strutture pubbliche e per le strutture private una percentuale di controlli superiore alla soglia del 2,5% sulla totalità delle cartelle cliniche.

Si rileva che il numero di cartelle controllate (tot. 178.647) e l'importo degli abbattimenti tariffari (€18.211.454) risulta essere il medesimo per singolo erogatore, sia per i controlli analitici casuali sia per i controlli sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriately.

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 agosto 2008 mentre quelli relativi alle prestazioni ad alto rischio di inappropriately devono essere 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 Mds n. 5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche").

La regione Campania, in ottemperanza a quanto richiesto, con nota prot. 692275 del 15.10.2015 trasmette le Tabelle 1 e 2 aggiornate.

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 16,2% nelle strutture pubbliche e 20% per le strutture private. Per quanto riguarda i risultati dei controlli, risulta non confermato il 5% delle cartelle cliniche per le strutture pubbliche e il 15% per le private.

In riferimento alla Tabella 2 la Regione assicura complessivamente per le strutture pubbliche e per le strutture private una percentuale di controlli superiore alla soglia del 2,5% sulla totalità delle cartelle cliniche.

Si rileva che permangono le incongruenze già rilevate precedentemente: il numero di cartelle controllate (tot. 106.278) e l'importo degli abbattimenti tariffari (€7.055.469) risulta essere il

medesimo per singolo erogatore pubblico, sia per i controlli analitici casuali sia per i controlli sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza. La stessa incongruenza viene rilevata anche per gli erogatori privati.

Si precisa che i dati da inserire nella Tabella 1 sono relativi ai controlli analitici casuali mentre quelli relativi alle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza devono essere inseriti nella Tabella 2.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

In riferimento alle campagne di informazione ai cittadini e alla formazione agli operatori, è necessario che la Regione provveda a trasmettere la documentazione relativa alle iniziative intraprese.

Relativamente alla tabella degli indicatori (rif. DM 43/2007) si evidenzia che l'indicatore n. 1 risulta basso, gli indicatori n. 6, 7 e 8 risultano elevati, secondo gli standard previsti. Considerato che gli scostamenti segnalati appaiono, con la sola esclusione dell'indicatore n. 6, più ampi rispetto all'anno 2013, si chiedono chiarimenti nel merito e si raccomanda che, ove previsto, venga indicato il dato in percentuale.

La Regione ha trasmesso documentazione integrativa, esaminata la quale si esprime una valutazione positiva in merito alle attività svolte per le campagne di formazione degli operatori sanitari.

In merito alla tabella degli indicatori si osserva che i valori degli indicatori n. 6, 7 e 8 risultano elevati, secondo gli standard previsti dal DM 43/2007.

AO.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2014 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 STS.11: 7/9 (78%).

La Regione risulta adempiente con impegno ad integrare i dati mancanti.

AO.3

ADEMPIENTE

Già nell'anno 2013, la Regione risultava avere ottemperato agli adempimenti evidenziati nella tabella relativa al percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.

Inoltre, sono stati forniti i richiesti elementi conoscitivi sulle azioni di monitoraggio, che si valutano positivamente.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione ha dimesso dagli OPG una percentuale di pazienti pari al 79% circa e non ha formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 3-ter della Legge n. 9/2012 e s.m.i. in coerenza con le indicazioni del Ministero della salute.

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad approvare formalmente il suddetto programma.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

INADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha implementato le Raccomandazioni ad una percentuale inferiore al 80%. In data 15 ottobre 2015 la Regione invia una nota indirizzata ai Direttori Generali con cui chiede dati circa l'implementazione delle Raccomandazioni, ma non si conoscono i risultati.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione non ha compilato la tabella del Questionario ma ha inviato un allegato in cui è riportata la tabella compilata sui rispondenti. La Regione inoltre trasmette, per soli fini informativi, una breve nota, che tuttavia non risponde completamente a quanto richiesto, relativamente a una procedura per la gestione del paziente in corso di terapia con antineoplastici, anche alla luce di terapie a lungo termine e nell'ottica della continuità ospedale territorio.

La Regione invia documentazione integrativa riguardo al numero delle UFA delle strutture sanitarie. Si rileva che la metodologia seguita per il calcolo delle percentuali risulta sostanzialmente errata in quanto la Regione dichiara di avere 15 UFA e 14 reparti che allestiscono autonomamente, che rappresentano il 51,7% e non il 72% come dichiarato. Inoltre sussistono delle incongruenze tra le tabelle trasmesse. In particolare, nella prima documentazione inviata si dichiaravano 6 UFA che ad oggi sembrano raddoppiate; infine, i calcoli si riferiscono sempre ai rispondenti, metodologia sulla quale si è già rilevata la non correttezza.

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

La Regione invia le informazioni richieste circa i corsi di sicurezza del paziente.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che 300 su 326 UO chirurgiche (92,02%) utilizzano la Checklist.

La Regione dichiara di aver sollecitato con nota prot. 0693421 del 15.10.2015 le Aziende ad adottare le Checklist in sala operatoria per le UU.OO. chirurgiche. Si rappresenta che le attività oggetto di controllo dovrebbero essere state effettivamente garantite ai cittadini nel corso dell'anno 2014.

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione non ha predisposto un piano.

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione dichiara di non avere un gruppo di esperti né di avere attivato un gruppo di monitoraggio con indicatori e standard.

In data 18 novembre 2015 la Regione trasmette documentazione integrativa.

Relativamente al Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali la Regione dichiara che le strutture sanitarie hanno implementato le Raccomandazioni secondo i parametri fissati dal Questionario; la Regione chiarisce che sono in loro possesso i riscontri positivi di una percentuale pari all'80% dell'implementazione di 10 raccomandazioni su 15.

Per la Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici la Regione fornisce ulteriori informazioni riguardo al numero delle UFA; tuttavia, i dati forniti, con cui la Regione dichiara di raggiungere l'adempimento per il raggiungimento della quota del 60%, sono privi di informazioni su alcune strutture che effettuano prestazioni oncologiche. I dati forniti non sono quindi tali da poter consentire una analisi corretta e completa della Regione, non essendo presenti i risultati dell'indagine sulla ASL Napoli 1, Avellino e Benevento.

Rispetto all'utilizzo della Checklist in sala operatoria la Regione dichiara che le strutture sanitarie che hanno adottato la Checklist rappresentano il 92%; rispetto ai rilievi sul punto, sopra riportati, la Regione dichiara che con nota prot. 0693421 del 15.10.2015 invitava le aziende ad effettuare una ricognizione e che sulla base degli esiti di tale ricognizione la Regione ha provveduto ad aggiornare le informazioni. Tuttavia non si comprende come tali informazioni possano essere confluite nel Questionario Lea trasmesso nella medesima data.

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 di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 per singolo CUP, come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

INADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 78,93%

Esito: Adempiente con impegno

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: 59,44

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

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella.

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
26135	9188	4395	5486	7117	884	294	2021	744	1627	57891

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 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014/Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 283%

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: 99,6%

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): 48,7
- Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,76.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

INADEMPIENTE

La Regione ha provveduto ad inviare i verbali contenenti i risultati delle visite di verifica istituzionali svolte e finalizzate all'autorizzazione e accreditamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di Raccolta presenti in Regione.

La Regione ha provveduto a rilasciare, entro il 30 giugno 2015, i relativi decreti autorizzativi per Servizi Trasfusionali e per le Unità di Raccolta.

La Regione ha adempiuto a quanto richiesto avvalendosi della DGR n. 106 del 27.05.2015 avente ad oggetto "Piano Regionale per l'autosufficienza sangue e plasma per il biennio 2013/14".

Si resta in attesa della documentazione relativa alla garanzia di adeguata partecipazione dei professionisti alle attività della SRC e alla riduzione delle strutture trasfusionali regionali che effettuano la lavorazione del sangue raccolto e/o quelle che effettuano lo screen NAT e/o quelle che effettuano lo screening sierologico, per il superamento dell'impegno relativo alla verifica 2013.

aaf) Percorso nascita

INADEMPIENTE

La regione Campania, già risultata inadempiente nelle verifiche 2012 e 2013, non ha trasmesso documentazione utile a valutare lo stato di riorganizzazione del percorso nascita nel territorio campano.

Le uniche informazioni relative alla ridefinizione del percorso nascita sono contenute nel Piano Operativo 2013-2015 al punto denominato "intervento 13.4" rispetto al quale si era già evidenziato come la Regione avesse illustrato la situazione dei Punti nascita attivi in ciascuna provincia, individuando quelli che, nel 2013, hanno volumi di attività <1000 parti/anno, senza differenziare le fasce di volume tra <500, tra 500 e 1000, e >1000.

A tal proposito era stato suggerito di individuare due fasce di Punti nascita, quello con volume di attività inferiore a 500 parti/anno e quelli con volume di attività al di sotto di 1000 parti, ciò per rendere evidenti le priorità della riorganizzazione del percorso nascita, che deve assolutamente privilegiare la chiusura di punti nascita con basso numero di parti.

Manca totalmente in tale programma operativo una dettagliata tempistica delle azioni da mettere in campo per la chiusura dei PN sub standard e le azioni da implementare per garantire, laddove necessario, i requisiti operativi, di sicurezza e tecnologici dei PN presenti nei Comuni isolani nell'ipotesi di una loro persistenza in deroga.

La documentazione integrativa trasmessa dalla Regione si riferisce esclusivamente alla costituzione dei Comitati Percorso Nascita Regionali.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La Regione conferma quanto già inviato per il 2013 relativamente alla riorganizzazione della rete di emergenza urgenza, secondo la proposta di Piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera (versione 20.02.2015) elaborata con riferimento anche alle indicazioni presenti nel Regolamento sugli standard ospedalieri.

La nuova rete ospedaliera prevede la classificazione delle strutture ospedaliere in 3 livelli di complessità (PO di base sede di PS, PO sede di DEA di I livello e PO sede di DEA di II livello) e la riconversione di Ospedali per acuti in Ospedali per la post acuzie o in strutture territoriali con presenza, per un periodo di tempo limitato, di PPI operativo h12 e presidiati dal sistema 118 nelle ore notturne.

Si evidenzia la presenza di alcune criticità, tra le quali la configurazione dei nodi della rete di emergenza-urgenza, in quanto basata su una dotazione minima di DEA di II livello, una sotto-dotazione di DEA di I livello ed un numero di presidi sede di PS inferiore al minimo individuato dal Decreto 70/2015 (Regolamento sugli standard ospedalieri).

Nessun aggiornamento viene fornito relativamente agli altri aspetti.

Nessuna ulteriore informazione è stata fornita dalla Regione, rispetto all'anno precedente. Si resta in attesa del decreto definitivo che approva la riorganizzazione della rete di emergenza ospedaliera e territoriale e i conoscere i risultati dei tavoli di lavoro avviati nell'ambito dell'emergenza, nonché le modalità di verifica e monitoraggio dell'attività svolta nell'ambito delle reti per le patologie tempo dipendenti.

AAG.2

INADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP.24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP.24: 67,11%

Esito: Inadempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/ totale record inviati: 99,99%

Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 237,2

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

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
93350	6,82%	1076641	78,67%	187671	13,71%	10831	0,79%	109	0,01%	1	0,00%	1368603

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		N.A.		
83456	6,10%	1027345	75,07%	163073	11,92%	10142	0,74%	334	0,02%	84253	6,16%	1368603

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014 / N. di interventi al 118 anno 2013 = 102,98%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

data/ora inizio chiamata corretta: 100,00%

data/ora arrivo mezzo di soccorso: 95,91%

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), lo stesso dell'anno 2013.

aah) Cure primarie

La regione Campania, con il Decreto n. 18 del 18 febbraio 2015 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", da sviluppare nel triennio 2015-2017. Tale modello prevede la realizzazione delle nuove forme organizzative della Medicina Generale monoprofessionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT) e multiprofessionali (Unità Complesse di Cure Primarie - UCCP), come previsto dalla normativa vigente soprattutto attraverso la ridefinizione della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta. La realizzazione di tali modelli organizzativi, che muoverà dall'individuazione della densità di popolazione cui gli stessi fanno riferimento, dal numero dei medici che vi afferiscono nonché dalla definizione del proprio sistema informativo/informatico connesso al sistema aziendale e regionale, consentirà la realizzazione di una rete socio-sanitaria in grado di garantire la presa in carico globale e la continuità dell'assistenza anche attraverso l'implementazione di protocolli condivisi che assicurano l'integrazione Ospedale –Territorio.

In particolare, relativamente alle UCCP, 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.

Le informazioni di cui sopra riguardo il processo di riorganizzazione delle Cure primarie sono state trasmesse quale elemento di integrazione alla verifica 2013.

Per l'anno 2014 la Regione fornisce le tabelle relative alle forme associative (associazione semplice, in rete e di gruppo) dei MMG e dei PLS attive in tale anno dalle quali si evince, per entrambi le categorie professionali, un incremento a favore delle associazioni in rete sostenuto da un incremento del processo di informatizzazione sia dei MMG (+ 1,22% rispetto al 2013) che dei PLS (+ 1,35% rispetto al 2013).

La Regione ha adottato gli atti formali di programmazione relativi all'istituzione dei modelli organizzativi AFT e UCCP da effettuare nel triennio 2015-2017 (DCA n.18/2015 e DCA n. 55/2015), ma senza un chiaro riferimento alle azioni individuate e poste in essere per la relativa attivazione.

aai) Riabilitazione

INADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso la seguente documentazione:

- una relazione dalla quale si evince lo stato di avanzamento riguardo l'implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione e la definizione dei Percorsi Riabilitativi;
- DCA n. 132/2013 avente ad oggetto "Approvazione documento di indirizzo per la definizione del Percorso assistenziale nelle fratture di femore nel paziente anziano";
- verbale della riunione del Gruppo di Lavoro regionale, istituito con DCA n. 31/2014, durante la quale è stato condiviso il modello di Percorso Riabilitativo Unico Integrato;
- Linee di indirizzo regionali in merito ai seguenti Percorsi Riabilitativi Unici Integrati:
 - persona con ictus;
 - persona affetta da BPCO;
 - persona con disordini della coscienza da grave cerebrolesione acquisita.

E' in corso di formalizzazione il Percorso Riabilitativo Unico Integrato della persona con malattie cardiovascolari ed il percorso riabilitativo della persona affetta da BPCO ed è in via di definizione il "Percorso riabilitativo unico integrato della persona con disturbo specifico dell'apprendimento DSA".

Inoltre, sono stati definiti due documenti che approvano le linee operative per la presa in carico dei soggetti adulti affetti da SLA e malattie del motoneurone.

Ai fini del monitoraggio dell'applicazione dei percorsi, la regione Campania ha attivato una serie di procedure, per la verifica delle attività poste in essere (modalità, tempi, azioni, risorse umane dedicate, risorse economiche destinate) per la ridefinizione del modello organizzativo di assistenza riabilitativa ospedaliera e territoriale, in relazione, tra l'altro, all'avvenuta assegnazione alle aziende sanitarie delle risorse vincolate agli obiettivi di piano.

Relativamente ai dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedalieri, vedere tabella.

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	16.9	13.5	16.0	13.5	14.3	12.0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	9.6	10.5	9.9	10.0	17.8	9.9
% giornate di degenza a rischio di inefficienza	15.9	9.1	11.9	7.7	10.6	6.6

Si rileva che:

- per l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2014 la Regione presenta un valore superiore alla media nazionale pur se in diminuzione rispetto agli anni precedenti
- per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza la Regione presenta un posizionamento nettamente superiore al valore Italia anche se presenta un trend in miglioramento rispetto al triennio
- per quanto riguarda i dati relativi alla inappropriatezza organizzativa risulta ancora una variazione negativa rispetto al livello nazionale e un trend nel triennio in aumento.

Si invita la Regione, anche alla luce della documentazione inviata, di prestare maggiore attenzione alla inappropriatezza clinica e alla durata della degenza del ricovero riabilitativo.

aa) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La regione Campania risulta sufficiente per 4 items su 5.

Tra le criticità si segnala, in riferimento agli indicatori di performance, un livello di attività insoddisfacente per le profilassi di eradicazione per TBC e BRC oltre che per la percentuale dei controlli svolti per il controllo delle aziende ovinocaprine inserite in anagrafe animale.

Per i flussi informativi veterinari ha conseguito un buon livello di adempimento con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (punteggio pari all'89% con 4 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacovigilanza sugli operatori controllabili e l'utilizzo non ottimale del Sistema Informativo destinato al controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale (NSIS – Alimenti Pesticidi).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Sulla base delle informazioni fornite dalla Regione, 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" è pari al 62% delle strutture totali, in aumento del 4% rispetto al 2013.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

SI RINVIA AL PUNTO L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

La regione Campania ha operato un'allocatione delle proprie risorse, finalizzate all'erogazione dell'assistenza farmaceutica, tale da realizzare un andamento pressoché costante 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 (13,34% per l'assistenza territoriale al lordo della "quota eccedente i prezzi di riferimento dei farmaci" rispetto al tetto del 11,35% e 4,65% 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.

La riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale sul FSR, nel periodo 2011-2014, è stata generata dall'effetto dei provvedimenti di livello nazionale e dalle diverse deliberazioni emanate dalla regione Campania in questo ambito assistenziale, tra cui il potenziamento della distribuzione dei medicinali in assistenza diretta, nonché 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.

Come per gli anni precedenti, anche nel corso del 2014 gli unici risparmi ottenuti in questo ambito assistenziale sono dovuti all'incentivazione all'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari (circa 22,8 milioni di euro). Inoltre, è stata prevista la centralizzazione dell'allestimento dei farmaci antineoplastici e l'attivazione del Drug day per la riduzione del costo terapia per paziente dei farmaci ad alto costo.

La Regione si è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero di livello regionale aggiornato due volte nel corso del 2014 e trasmesso all'AIFA.

Infine, la Regione ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, con un mese di anticipo rispetto alla 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 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 99,4% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2014.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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 Campania per l'anno 2013 risultava adempiente con impegno a completare l'invio della Tab.1G del conto annuale; anche per l'anno 2014 non è stata raggiunta ancora la copertura totale del flusso informativo Tab.1G.

In particolare la struttura che non ha inviato i dati è l'Azienda 908 "Azienda Universitaria Policlinico". Non è pertanto possibile effettuare, ai fini della verifica dell'adempimento in oggetto, un confronto con il numero di strutture regionali da standard per l'anno 2014.

La Regione trasmette a marzo 2016 una nota nella quale dichiara che l'AOU Policlinico Seconda Università di Napoli non ha in organico personale a tempo indeterminato e personale ex art.15 septies.

Si fa presente che nella rilevazione degli incarichi della dirigenza e del comparto, previsti dalla Tab. 1G, deve essere incluso il personale universitario; pertanto, poiché l'obbligo informativo della Tab. 1G del Conto annuale sussiste anche per l'AOU Policlinico Seconda Università di Napoli, la Regione viene considerata inadempiente fino alla copertura completa del flusso Tab.1G del conto annuale e alla trasmissione di documentazione che attesti il contenimento del numero di strutture in linea con gli standard approvati dal Comitato Lea il 26 marzo 2012.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato già per la verifica 2013 di aver recepito 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".

aa0) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La Regione comunica di aver recepito a livello regionale, con DGR n. 471 del 21.10.2015, il documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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	99,67%	2	6,0	
2	Mod. FLS.11	2	%ASL che hanno inviato il modello FLS.11 (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 FLS.12 (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	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 1C 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	100,00%	2	3,0	

10	STS.14	0,5	% modelli STS.14 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	99,91%	2	1,0	
11	STS.21	1,5	%modelli STS.21 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	97,93%	2	3,0	
12	STS.24	2	% modelli STS.24 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) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilitimento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	97,76%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_livello\_di\_istruzione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_data\_prenotazione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_classe\_priorità}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_causa\_esterna}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	93,78%	0	0,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	non inviato entro la data prevista	0	0,0	
		25						41,0	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%	91,08%	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	HSP.11/12	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)	1,69	2	4,0	
5	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	1,81	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)		1,83	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)		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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	1,92	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)	1,65	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)	1,99	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	1,94	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 HSP.24 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	1,87	2	1,0	

14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usl\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	87,31%	1	0,5	
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		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			VALUTAZIONE	NOTE
1		Obblighi informativi e Indicatori		0	1	2		
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	2	41,0 - 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	Interv. 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	Iperplasia 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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	72,7%	10
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	92,3%	20
U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	35,00%	0
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	5,97%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		45

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	16.9	13.5	16.0	13.5	14.3	12.0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	9.6	10.5	9.9	10.0	17.8	9.9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	15.9	9.1	11.9	7.7	10.6	6.6

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. <u>Regioni dell'OM</u> ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. <u>Regioni dell'OM</u> <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN)
3	ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende oviceprine controllate (3%) per anagrafe oviceprina	≥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			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 RENDICONTAZIONE I, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	PNA - 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 PNA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	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]	<i>non coerenti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	<i>≥ 95% dei controlli previsti</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni</i>	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni</i>	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.Lg.vo 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (5438 controlli su 12732 operatori pari al 43%)	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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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	<i><85% di bovini morti testati per BSE (75,46%)</i>	<i>≥ 85% di bovini morti testati per BSE</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>invio corretto e completo entro la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	<i>corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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 oviceprine	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	<i>>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>	≤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]	<i>trend in aumento</i>	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 (0,93%)	<i>≥ dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	1	6	
15	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003. 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 2014	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione</i>	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	<i>validazione effettuata oltre la scadenza prevista</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	inviato, debitamente compilato, entro la data prevista	% di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte [vedere annotazione]	<i>numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>	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	<i>< 90% dei questionari di non conformità inseriti</i>	≥ 90% dei questionari di non conformità inseriti	referti rilasciati dal laboratorio entro i tempi indicati dal PNR 2014 per ciascuna delle categorie (10 giorni lavorativi per le sostanze di Cat. A e 30 giorni lavorativi per quelle di cat. B) [vedere annotazione]	<i>< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati</i>	≥ 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	<i>Mancanza di comunicazione del cellulare</i>	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]	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1 .</i>	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]	<i>arrivo dei dati oltre il termine</i>	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 (segnalati 19 errori dal SI)	<i>≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	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	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	<i>meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	<i>tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	tabella inviata in modo corretto e completo e basata su attività di audit svolta nel 2014	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	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	trasmesso entro la data prevista	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti</i>	allegato 3 inviato, corretto e completo	2	12	
	TOTALE	100								178	

SUFFICIENTE con 89% e 4 indicatori vincolanti su 6



c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

Relativamente alle verifiche di qualità all'interno dei singoli modelli economici (CE-SP-LA), la Regione fornisce spiegazioni sulle squadrature delle rimanenze sanitarie e delle rimanenze non sanitarie, ritenendo quest'ultime corrette. E' stata quindi garantita la qualità richiesta dall'adempimento in oggetto.

La Regione ha trasmesso l'Allegato 5 del modello LA e la relativa riconduzione ai singoli livelli di assistenza in conformità ai valori risultati dal NSIS.

Statistici

ADEMPIENTE

La copertura e la qualità dei dati risultano buone.

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)" (già segnalata nel 2013) e 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni).

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

In sede di prima valutazione non era stato possibile completare l'istruttoria in quanto la Regione, mostrando una dotazione complessiva di 18.743 posti letto pari a 4,21 per 1.000 abitanti, di cui 3,43 per pazienti acuti e 0,78 per riabilitazione e lungodegenza, aveva anticipato la prossima formalizzazione di un atto regionale di riordino della rete alla luce dei disposti di cui al DM 70/2015. Successivamente, la Regione ha trasmesso l'atto regionale n. GPG/2015/2189 recante "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla L. 135/2012, dal Patto per la Salute 2014-2016 e dal DM 70/2015".

Al riguardo, nello specificare che le periodiche verifiche LEA vengono condotte secondo i criteri riportati nelle Note per la compilazione del Questionario, si valuta positivamente l'azione programmatoria regionale di riorganizzazione e rimodulazione dell'offerta di posta letto, che risulta in linea con quanto stabilito dalla Legge 135/2012.

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014) un tasso di ospedalizzazione totale per mille abitanti pari a 154,74 nel 2012, 149,93 nel 2013 e 144,10 nel 2014. La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è inferiore al 25% nei tre anni osservati: nell'anno 2012 risulta pari al 24,5%, nel 2013 a 24,12%, e nel 2014 è del 23,69%.

In riferimento alla tematica in questione, la Regione non risulta aver trasmesso documentazione in quanto già in linea con gli standard.

g) Appropriatelyzza

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Emilia Romagna con una percentuale pari al 9,6% di DRG critici, compresa tra il valore mediano (8,8%) e il terzo quartile (18,4%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempimento con impegno.

Si segnalano le criticità per i DRG 008, 051, 062, 158, 266, 268, 281, 282, 343, 429 e 538 (vedi tabella allegata).

Con una nota integrativa del 18.11.2015 la regione Emilia Romagna propone la definizione di soglie minime per la considerazione della casistica relativa ad alcuni DRG sulla base del fatto che l'esiguità della casistica registrata, peraltro in un numero limitato di strutture di ricovero, non consentirebbe un efficace intervento regionale. La Regione propone inoltre l'esclusione della casistica di alcuni DRG con criticità, per i quali evidenzia peculiarità proprie della Regione o della singola struttura di ricovero. Infine viene proposta l'esclusione dal calcolo del tasso di ospedalizzazione dei ricoveri in mobilità passiva, sulla quale la Regione denuncia l'impossibilità di intervenire. Tutte le proposte inoltrate verranno considerate nella procedura di revisione dell'indicatore, tuttora in corso.

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

Dai dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 risulta che la percentuale di corretta compilazione dei campi raggiunge la soglia prevista.

Sono stati calcolati gli indicatori relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (già previsti per l'anno 2013) e ai soli fini informativi RMN colonna vertebrale, Ecografia ostetrico-ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia.

In base a quanto richiesto si constata che viene soddisfatta la soglia per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio.

Infine, la Regione ha inviato il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto attività di monitoraggio ex ante. Per l'anno 2014 non raggiunge la soglia prevista del 90% sia per la Classe B che la Classe D nelle due settimane indice. Si evidenzia comunque un miglioramento delle percentuali dalla rilevazione di aprile a quella di ottobre.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

La regione Emilia Romagna per l'anno 2014 non raggiunge la soglia del 90% riguardo il Campo Data di prenotazione in regime Day Hospital (79,47).

Da fonte "Rapporto SDO anno 2014" risulta che l'attesa media in gg per intervento Tumore mammella è di 24,2 gg rispetto la media nazionale di 24,7 gg; per intervento Tumore colon retto è di 21,9 rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

Dai dati pervenuti risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

La Regione ha fornito indicazioni alle Aziende sanitarie su come calcolare i tempi dei nuovi appuntamenti (DGR 73/2007).

La Regione comunica che non risultano sospensioni dell'attività di prenotazione presso le strutture sanitarie.

H.5 Monitoraggio dei PDT complessi

Dall'esame dei dati relativi al monitoraggio dei PDT complessi pervenuti il monitoraggio risulta effettuato.

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

La Regione ha compilato la tabella attestante la verifica della presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web di tutte le Aziende erogatrici.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: EMILIA ROMAGNA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	538.940.945	6,64%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	9.291.780	0,11%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	10.697.906	0,13%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	1.564.013	0,02%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	249.463.849	3,07%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	73.821.657	0,91%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	14.584.975	0,18%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	59.236.682	0,73%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		781.436.070	9,63%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	8.114.097.101	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	920.950.021	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-139.513.950	-1,72%
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		781.436.070	9,63%
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)	686.673.381	8,46%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	44.528.274	0,55%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	7.038.006	0,09%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	60.140	0,0007%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	1.486.021	0,02%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		384.097.091	4,73%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	8.114.097.101	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	283.993.399	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC d	11.056.000	0,14%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	0	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		439.681.365	5,42%
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	155.687.966	1,92%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione, in base alla determinazione 8076/2013, già trasmessa per la verifica 2012, e alla scheda "Verifica e monitoraggio stato d'implementazione Co.An.", risulta adempiente.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione, in base a quanto dichiarato nel Questionario, non ha adottato ulteriori provvedimenti o atti rispetto all'anno precedente. 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 relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 94,3% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1 - S.2

ADEMPIENTE

Il punteggio totale riportato dalla Regione è di 32 punti, così ripartiti:

- Offerta assistenziale: 9 punti
- Ripartizione degli oneri: 9 punti
- Cure domiciliari: 5 punti
- Cure residenziali: 8 punti
- Cure semiresidenziali: 1 punti.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS.21= 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 = 97,30%

Esito: Adempiente

- Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti): 10,94
- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	
29.906	6,83	11.381	2,60	1.788	0,41	6.384	1,46	49.459

Dati aggiornati all'8.7.2015

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti(FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 100,35%

Esito: Adempiente

Numero assistiti(FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 101,23%

Esito: Adempiente

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 7,60
- 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.
152	0,03	11766	2,69	493	0,11	15486	3,54	27749	6,37	4676	1,07	861	0,20	5509	1,26	33258

^(*) 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 superiore al 30% per le tariffe relative alla lungodegenza oltre il valore soglia di 60 giorni (allegato 4 DGR 1673 del 20.10.2014).

u) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la regione Emilia Romagna risulta pari a 100 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

Per quanto concerne il Piano formativo Regionale, la Regione dichiara che con la DGR 217/2014 ha individuato gli obiettivi regionali al fine di orientare le Aziende Sanitarie per la programmazione e pianificazione delle attività formative.

Dal monitoraggio effettuato dalla Regione sul sistema di accreditamento provider, risultano accreditati 23 provider, ciascuno dei quali invia i report dei partecipanti agli eventi formativi al CoGeAPS e all'ente accreditante utilizzando il tracciato unico come previsto dalla normativa.

L'Osservatorio regionale, costituito con Determinazione di Giunta Regionale n.3219 del 12.03.2014, è operativo. Infatti, la Regione dichiara che al fine di garantire la qualità della formazione per gli operatori sanitari, sono state effettuate 36 visite ad altrettanti eventi formativi realizzati dai provider accreditati.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE

Si constata che la regione Emilia Romagna gestisce un sistema per l'individuazione e implementazione dei PDTA sia in ambito ospedaliero che territoriale, ma non è chiaro come tale sistema sia strutturato. Non risultano individuati con atto formale nuovi PDTA nel corso del 2014.

La Regione provvede costantemente al monitoraggio dei PDTA con varie modalità.

Si resta in attesa di informazioni necessarie a chiarire l'attività di individuazione ed implementazione dei PDTA.

La Regione trasmette documentazione integrativa; si evince che la Regione si è dotata di un sistema dedicato alla individuazione e piena operatività di PDTA sia ospedalieri che territoriali e che in tal senso siano diretti gli interventi rispondenti all'adempimento.

Si suggerisce di provvedere alla individuazione di altri PDTA riportati nella lista del Questionario.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di garantire prestazioni aggiuntive in numerose aree assistenziali; trasmette inoltre la DGR 1449 del 6 ottobre 2015 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 2014".

Nel provvedimento ricognitivo sono indicati i singoli livelli aggiuntivi con indicazione della stima dei costi 2014 (€ 88.658.105).

Dal modello LA 2014 - Allegato 5 risulta che la Regione garantisce le seguenti prestazioni (per un totale di € 88.658.000):

- Certificazioni mediche
- Assegno di cura
- Contributo pratica riabilitativa metodo Doman
- Prodotti apoteici
- Farmaci di fascia c per persone affette da malattie rare
- Altre prestazioni escluse dai Lea - altro.

ah) Accreditemento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione ha recepito l'Intesa del 20 dicembre 2012 da tempo e l'atto è già stato trasmesso negli anni precedenti.

In Regione il settore sanitario è separato da quello socio sanitario e i referenti sono diversi; viene al riguardo specificato che è stato concluso l'iter per tutte le strutture sanitarie private che ne avevano fatto richiesta, che sono accreditate istituzionalmente.

Per le strutture socio sociosanitarie si precisa che sono state accreditate il 100% delle strutture (n. 598)

La Regione si sta attivando anche nella definizione dell'OTA, Organismo Tecnicamente Accreditante, dimostrando di aver iniziato la declinazione del disciplinare tecnico allegato all'Intesa del 20.12.2012.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La regione Emilia Romagna ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali dichiarando che, nel corso del 2014, non sono state attivate nuove sperimentazioni

gestionali. Le precedenti sperimentazioni sono state tutte convertite in regime ordinario prima dell'anno 2014.

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

ADEMPIENTE

La Regione aveva indicato ed allegato nelle precedenti verifiche LEA la normativa sulla riorganizzazione della rete laboratoristica e sul service di laboratorio.

In merito alla medicina di laboratorio, la Regione ha risposto a tutti i quesiti e ha allegato la relazione illustrativa dello stato dell'arte del processo di riorganizzazione dei laboratori.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La regione Emilia Romagna ha trasmesso il Report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2014, 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" e le Determinazioni n. 6151 del 09.05.2014 e n. 7360 del 31.05.2012.

In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 131.915 controlli, pari al 19,8% del totale mentre effettua per le strutture private accreditate 87.730 controlli, pari al 64,7%; delle cartelle controllate non sono state confermate il 15,8% delle cartelle per le strutture pubbliche ed il 6,5% per le strutture private accreditate.

In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) la Regione complessivamente assicura per le strutture pubbliche e per le strutture private una percentuale di controlli pari ad almeno il 2,5% della totalità delle cartelle cliniche.

Per quanto riguarda l'impatto economico dei controlli sanitari, la regione Emilia Romagna, come richiesto, con nota del 16 ottobre 2015 ha trasmesso i dati definitivi, con l'aggiornamento della rendicontazione dell'Ospedale Bellaria (Bo).

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

In via preliminare si evidenzia che, in sede di verifica 2013, la regione Emilia Romagna era stata considerata adempiente con impegno; in riferimento alla tabella degli indicatori (rif. DM 43/07), l'indicatore n. 5 veniva riferito "non calcolabile" (come già in sede di verifica LEA 2012).

In riferimento all'anno 2014, con riguardo alla istituzione della rete assistenziale palliativa si valutano positivamente i contenuti della DGR 560/2015, in linea con i riferimenti normativi e gli atti di indirizzo nazionali in materia.

Si considerano esaustive la modalità divulgative adottate dalla Regione; si chiede di conoscere se siano previste iniziative volte ad omogeneizzare i contenuti informativi dei siti aziendali.

In riferimento alla formazione degli operatori sulla rete assistenziale palliativa, la Regione ha trasmesso un analitico resoconto dell'indagine sullo stato di attuazione degli hospice nella rete di cure palliative; tale resoconto, ricco in contenuti di natura clinico-assistenziale ed organizzativo-gestionale, risulta essere stato ampiamente divulgato nell'ambito della rete assistenziale, pertanto viene valutato positivamente.

In relazione alla tabella degli indicatori per la verifica del raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi e strutturali, la Regione ha prodotto un resoconto estremamente particolareggiato della metodologia analitica adottate per il calcolo degli indicatori; inoltre, gli stessi risultano sostanzialmente in linea con gli standard di riferimento.

Si segnala inoltre che la Rete di terapia del dolore risulta già istituita formalmente. Ciò premesso, l'impegno per l'anno 2013 è considerato assolto; parimenti, la Regione è considerata adempiente per il 2014.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2014 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 STS.11: 22/22 (100%).

AO.3

ADEMPIENTE

Si dà atto che, già nell'anno 2013, 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.

Inoltre, sono stati forniti i richiesti elementi conoscitivi sulle azioni di monitoraggio, che si valutano positivamente.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

La Regione ha dimesso dagli OPG una percentuale di pazienti pari al 50% circa e ha formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha implementato le 15 Raccomandazioni con una percentuale superiore all'80%.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la tabella del Questionario, dalla quale emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antineoplastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono il 73% superando il valore del 60% richiesto per l'adempimento.

Rispetto alla presenza di una procedura per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antineoplastici, la Regione trasmette la documentazione, per soli fini informativi, individuando la problematica e rinviando al livello locale la predisposizione di procedure specifiche atte a garantire la continuità ospedale-territorio in corso di terapia con antineoplastici.

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

La Regione invia le informazioni richieste circa i corsi di sicurezza del paziente.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che 359 UO chirurgiche regionali su 388 utilizzano la Checklist di chirurgia, raggiungendo la percentuale del 92,5%.

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione ha adottato le raccomandazioni ministeriali.

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione dichiara che i referenti regionali SIMES coinvolgono, in base ad opportune valutazioni, gli esperti in relazione a tipologia e specificità degli eventi sentinella.

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

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione ha fornito gli indicatori di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010. Dai valori indicati si evidenzia un miglioramento rispetto al 2013.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica): 102,82%

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: 98,5%.

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: Adempiente

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella.

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
5544	15075	5731	19114	9900	7139	1382	2711	2059	6777	75432

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 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 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: 99,2%

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): 215
- Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 1,05

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

La Regione ha provveduto ad effettuare le verifiche finalizzate all'autorizzazione ed accreditamento dei Servizi Trasfusionali su 13 strutture su 13 e delle Unità di Raccolta su 7 strutture su 7.

Ai soli fini informativi, la Regione ha rilasciato i rispettivi Decreti di Autorizzazione/Accreditamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di Raccolta.

La Regione ha deliberato il piano Programma Regionale di autosufficienza del sangue e dei suoi prodotti (anni 2013-2014), sulla base della programmazione stabilita nell'ambito della Consulta Tecnica Permanente per il sistema trasfusionale regionale.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

In via preliminare, si prende atto delle precisazioni trasmesse dalla regione Emilia Romagna relative all'attivazione di STAM e STEN sul territorio regionale e sulla conclusione presso l'Azienda USL di Parma del processo di riorganizzazione, con la definizione di una unica U.O., tra il punto nascita di Borgotaro e Fidenza. La Regione dichiara inoltre di aver proceduto, nel corso del 2014, alla chiusura di altri 2 PN con volumi < 500 parti/anno, quello di Porretta Terme e il PN dell'Ospedale privato accreditato "Città di Parma". Inoltre, è stato chiuso il punto nascita dell'ospedale di Fiorenzuola, il cui volume di attività nel 2013 era > 500 parti/anno.

Si evidenzia infine che la Regione ha avviato il monitoraggio sulla Costituzione dei Comitati percorso nascita aziendali che risultano attivi in tutte le Aziende sanitarie.

Rimane tuttavia invariata la situazione dei PN di Castelnuovo Ne' Monti, Pavullo nel Frignano, Ospedale del Delta, Ospedale di Mirandola e di Cento che, secondo i dati 2014 rilevati a cura del Ministero (fonte dati CEDAP e modelli NSIS HSP.11 "Dati anagrafici delle strutture di ricovero" e HSP.11bis "Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero"), hanno volumi di attività <500 parti/anno. Per la persistenza in deroga di tali PN la regione Emilia Romagna dovrà chiedere parere al Comitato Percorso Nascita Nazionale con istanza motivata.

La Regione viene considerata adempiente; parimenti si ritiene superato l'impegno dell'anno 2013.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La Regione conferma, per l'anno di riferimento, le informazioni relative ai presidi ospedalieri afferenti alla rete dell'emergenza urgenza, la loro localizzazione geografica con le aggregazioni nelle 3 aree vaste, la distinzione per livello di complessità in 12 DEA di II, 8 DEA di I, 4 PS e 25 PPI, per un totale di 59 Strutture.

Risulta ancora in fase di elaborazione l'atto formale di riorganizzazione della rete ospedaliera all'interno del quale sarà ridefinita l'area dell'emergenza urgenza.

Nel 2014 è stato completato il previsto riassetto organizzativo delle Centrali Operative 118 della regione Emilia-Romagna che, dalle precedenti 7 in funzione a inizio 2014, sono state ridotte alle seguenti 3:

- Centrale 118 Emilia Ovest con sede a Parma, in cui sono confluite le centrali di Reggio e Piacenza
- Centrale 118 Emilia Est con sede a Bologna, in cui sono confluite le centrali di Modena e Ferrara
- Centrale 118 Romagna con sede a Ravenna, in cui sono confluite le centrali di Rimini, Forlì e Ravenna.

In totale, nel corso degli ultimi anni e in linea con le indicazioni nazionali, il numero delle Centrali operative 118 è stato ridotto di 7 unità (da 10 a 3).

Le informazioni trasmesse relativamente alla presenza di modalità di integrazione tra parte territoriale e ospedaliera, presenza di coordinamento regionale delle attività e presenza di modalità di raccordo tra l'emergenza-urgenza e la continuità assistenziale, risultano invariate rispetto a quanto già trasmesso precedentemente.

Si riscontra, che con deliberazione regionale n. 1972/2014 è stato recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale", sancito in data 7 Febbraio 2013, Rep. Atti n. 36/CSR.

Ad integrazione delle informazioni relative alle reti per le patologie tempo-dipendenti trauma, ictus e cardiologica, per le quali precedentemente sono stati indicati gli atti formali di istituzione con relative linee guida e comitati tecnico-scientifici regionali, vengono fornite dati sull'attività di monitoraggio dell'attività svolta. In particolare, sono riportati gli indicatori individuati per le tre aree e i risultati relativi al loro utilizzo per l'anno 2014.

La Regione ha comunicato in maniera completa le informazioni richieste, ad eccezione di quelle relative all'atto formale di riorganizzazione dei presidi ospedalieri, che risulta ancora in fase di elaborazione. A tal proposito, si sottolinea l'opportunità che tale atto, relativamente all'articolazione dei presidi della rete ospedaliera di emergenza urgenza, risulti aderente alle indicazioni di cui al Decreto n. 70/2015 (regolamento sugli standard ospedalieri), in particolare per quanto riguarda i bacini di utenza dei presidi sede di Pronto Soccorso, dei presidi sede di DEA di I o di II livello, nonché il ruolo e la definizione dei PPI.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP.24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP.24: 100%

Esito:Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/ totale record inviati: 99,85%

Esito:Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 394,72
- Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso: vedi tabelle.

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
242012	14,18%	1115075	65,31%	316901	18,56%	33095	1,94%	227	0,01%	0	0	1.707.310

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		N.A.		
285046	16,70%	1009523	59,13%	305832	17,91%	25185	1,48%	1902	0,11%	79822	4,68%	1.707.310

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014/ N. di interventi al 118 anno = 109,70%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

data/ora inizio chiamata corretta= 100%

data/ora arrivo mezzo di soccorso= 99,11%.

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), lo stesso dell'anno 2013.

aah) Cure primarie

Nell'anno 2014 la Regione ha continuato il percorso di rafforzamento del modello organizzativo dei Nuclei di Cure Primarie (NCP), con particolare attenzione al potenziamento delle relative sedi divenute 224 rispetto alle 215 attive nel 2013. Tale modello organizzativo, sovrapponibile a quello delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), vede i medici che vi aderiscono condividere obiettivi, percorsi assistenziali, linee guida, strumenti di valutazione della qualità assistenziale nonché sistemi di comunicazione informatica come previsto dalla normativa vigente.

Il percorso di realizzazione delle Case della Salute nelle ASL è stato oggetto di uno specifico monitoraggio per misurare il grado di evoluzione raggiunto dalla cui analisi è emersa la presenza di 63 strutture funzionanti (8 in più rispetto al 2013) e 57 programmate. Le 63 CdS funzionanti si dividono in 26 di tipologia piccola, 22 di tipologia media e 15 di tipologia grande. Le Case della Salute vedono la collaborazione multiprofessionale che consente di garantire molteplici funzioni (medica, infermieristica, specialistica, e diagnostica di primo livello) e servizi (PUA, postazioni/centrali di ascolto di C.A., ambulatorio di C.A. poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base che operano in coordinamento e collegamento con le strutture ospedaliere nell'arco della giornata - h24).

La Regione continua a rendere manifesto il proprio impegno nella progressiva realizzazione delle Case della Salute in ambito territoriale attraverso: l'individuazione di obiettivi strategici nell'ambito delle linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del SSR; la definizione di obiettivi nell'ambito del programma di attività della Direzione generale Sanità e politiche Sociali; specifici monitoraggi per misurare il grado di evoluzione raggiunto a livello aziendale; costituzione di team di professionisti finalizzati ad incontri di approfondimento per mettere in evidenza le buone pratiche sul territorio e facilitarne la diffusione.

Dall'analisi della relazione trasmessa emerge l'impegno della Regione nel processo di riorganizzazione delle Cure Primarie che si è reso manifesto con l'incremento sia del numero delle AFT, divenute 224 (9 in più rispetto al 2013), che con l'incremento del numero delle Case della Salute funzionanti (8 in più rispetto al 2013).

Non vengono fornite indicazioni sugli atti formali di programmazione richiesti.

aaI) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La regione Emilia Romagna ha inviato la documentazione relativa ai percorsi terapeutici riabilitativi attivati e dichiara di effettuare periodicamente il monitoraggio delle reti assistenziali.

Relativamente ai dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedaliero, vedere tabella allegata.

Per quanto riguarda l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2014 la Regione presenta un posizionamento positivo percentuale al di sotto del valore medio nazionale, confermando un trend positivo nel triennio 2012-2014.

Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza a rischio di inefficienza la Regione presenta un posizionamento negativo rispetto al valore Italia nel triennio 2012-2014.

Per l'indicatore della percentuale di ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa la Regione presenta un valore percentuale più alto del valore medio nazionale, confermando un trend negativo.

La Regione risulta adempiente in quanto l'indicatore di inappropriatezza clinica presenta un posizionamento positivo rispetto al valore Italia.

Si invita la Regione ad un maggior controllo dei ricoveri ad alto rischio di inefficienza.

aaJ) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La regione Emilia Romagna risulta sufficiente per 5 items su 5.

Per gli indicatori di performance si riscontra in particolare un livello di attività insoddisfacente per i controlli sanitari svolti sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione e per il controllo dei residui fitosanitari.

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 (sufficiente con un punteggio pari all'93,5% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala l'utilizzo non ottimale del Sistema Informativo destinato al controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale (NSIS – Alimenti Pesticidi).

aaK) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Sulla base delle informazioni fornite dalla Regione, il valore assunto dall'indicatore "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini" è pari al 70%, in miglioramento rispetto al 2013. L'indicatore per le sole strutture pubbliche è pari al 100%.

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% (10,36% 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 5,42% 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.

Il risultato della progressiva riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale è stato conseguito per effetto delle diverse deliberazioni emanate dalla Regione, che hanno generato – anche per effetto dei provvedimenti di livello nazionale– risparmi nel periodo 2011-2014 per circa 115 milioni di euro, cui si aggiungono, nel 2013, i risparmi ottenuti attraverso la promozione dell'uso appropriato dei nuovi farmaci NAO, dell'uso dei medicinali biosimilari e a brevetto scaduto ammonta a circa 7,2 milioni di euro.

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'adozione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero e l'emanazione di ben 15 linee di indirizzo per l'uso appropriato dei farmaci. Sono state inoltre diffuse linee guida sull'appropriatezza d'uso di medicinali specialistici da parte di Centri autorizzati e Aziende Sanitarie nelle singole aree specialistiche. In particolare, ammontano a €501.253 le spese stimate legate alla prescrizione del medicinale a base di ipilimumab, attraverso i Centri autorizzati (erano €300.000 nel 2013).

La Regione si è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero di livello regionale, che aggiorna con una periodicità pressoché mensile (10 aggiornamenti) ed è stato trasmesso all'AIFA.

Infine, la regione Emilia Romagna ha garantito un accesso rapido ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in anticipo rispetto ai tempi medi nazionali.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2014.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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 raggiunto la copertura della Tab.1G del Conto Annuale.

Si riportano (vedi tabella allegata):

- i dati riferiti al numero di strutture complesse, ospedaliere e non ospedaliere, previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- i dati riferiti al numero di strutture semplici previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014

- il numero delle strutture complesse ospedaliere secondo lo standard, elaborato in riferimento ai posti letto ospedalieri pubblici (14.108 PL) attivi al 1° gennaio 2014
- il numero delle strutture complesse territoriali secondo lo standard, elaborato in riferimento alla popolazione residente (4.446.354 ab.) nella regione Emilia Romagna per l'anno 2014 (Fonte ISTAT)
- il numero delle strutture semplici secondo lo standard.

Tipologia di incarico	N. Strutture regionali da Standard	Anno 2014	
		Numero strutture assegnate	Numero strutture previste
Strutture complesse ospedaliere	806	619	740
Strutture complesse non ospedaliere	329	390	473
Strutture semplici (incluse le strutture semplici a valenza dipartimentale)	1.487	1.298	1.604

Fonte: DGSISS-Ufficio di statistica. Elaborazioni dati del Conto Annuale del SSN, dei modelli di rilevazione HSP.11 e HSP.12, della Popolazione residente ISTAT. Anno 2014

Dai dati risulta che la Regione per le strutture previste risulta sovradimensionata rispetto allo standard con un eccesso di strutture complesse non ospedaliere pari a n.144 e di strutture semplici pari a n.117.

Si invita la Regione a procedere, per le suddette strutture previste, ad un allineamento agli standard nazionali.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione ha recepito il Piano nazionale per la malattia diabetica con DGR n. 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", già trasmessa per la verifica 2013.

La Regione specifica, inoltre, che "considerata l'importanza di organizzare un sistema coordinato di prevenzione e cura del diabete mellito sia in età pediatrica che adulta, ha ritenuto opportuno costituire uno specifico Gruppo di lavoro "Comitato di Indirizzo per la Malattia Diabetica" che garantisce l'attuazione degli obiettivi del Piano Nazionale per la malattia Diabetica in tutti i territori regionali (Determina DGSPS 7598/2014), con la partecipazione di operatori regionali della DGSPS, professionisti esperti delle Ausl, associazioni di pazienti (FeDER), società scientifiche di settore, rappresentanti della medicina generale e Agenzia sanitaria e sociale regionale".

Si allega la determinazione n. 7598 del 06.06.2014 della DGSPS "Costituzione Gruppo di Lavoro Comitato di indirizzo per la malattia diabetica".

aa0) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La Regione con DGR n. GPG/2015/722 del 25 maggio 2015 ha recepito il documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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 FLS.11 (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 FLS.12 (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	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 1C 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 STS.14 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	100,00%	2	1,0	
11	STS.21	1,5	%modelli STS.21 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 STS.24 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) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilimento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	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) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_comunicazione\_dati\_struttura}}{\text{SDO\_con\_comunicazione\_dati\_struttura\_teorica}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_comunicazione\_dati\_assistenza}}{\text{SDO\_con\_comunicazione\_dati\_assistenza\_teorica}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	98,58%	2	1,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	Dati inviati 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%	99,77%	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	HSP.11/12	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	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	1,70	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)	1,61	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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	2,00	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)	1,78	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 HSP.24 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	1,84	2	1,0	
14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usl\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	0,0007%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	94,70%	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		Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	Dati plausibile e coerente con gli anni precedenti	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 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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	98,2%	20
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	100,0%	20
U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	23,90%	45
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	10,20%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		100

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	13,7	13,5	13,0	13,5	11,4	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	13,6	10,5	12,4	10,0	12,5	9,9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	12,0	9,1	11,4	7,7	8,0	6,6

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 nonché 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. <u>Regioni dell'OM</u> ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. <u>Regioni dell'OM</u> <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi 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			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]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	PNA - 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 PNA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	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]	<i>non coerenti</i>	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 controlli [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	<i>≥ 95% dei controlli previsti</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni</i>	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni</i>	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.Lg.vo 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (6218 controlli su 7279 operatori pari all'85%)	<i>Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>	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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , e nei tacchini da riproduzione e ingrasso [vedere annotazione]	<i>< 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"</i>	<i>≥ 90% delle registrazioni dei campionamenti inseriti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per ciascuno dei piani applicabili, e validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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	<i><85% di bovini morti testati per BSE</i>	<i>≥ 85% di bovini morti testati per BSE</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>invio corretto e completo entro la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	<i>corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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. DGSF 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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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	<i>>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>	≤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]	<i>trend in aumento</i>	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]	<i>< dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	≥ 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. 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 2014	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione</i>	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	<i>validazione effettuata oltre la scadenza prevista</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	inviato, debitamente compilato, entro la data prevista	% di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte [vedere annotazione]	<i>numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>	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% <i>dei questionari di non conformità inseriti</i>	≥ 90% dei questionari di non conformità inseriti	referti rilasciati dal laboratorio entro i tempi indicati dal PNR 2014 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% <i>dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati</i>	≥ 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	<i>Mancanza di comunicazione del cellulare</i>	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]	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1.</i>	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]	<i>arrivo dei dati oltre il termine</i>	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 errori segnalati dal SI)	<i>≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	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	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconosciment o condizionato	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	<i>meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	<i>tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	tabella inviata in modo corretto e completo e basata suna attività di audit svolta nel 2014	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 percepiti e i costi del servizio prestato	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	trasmesso entro la data prevista	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti</i>	allegato 3 inviato, corretto e completo	2	12	
	TOTALE	100								187	

SUFFICIENTE con 93,5% e 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 fornito i chiarimenti richiesti in merito all'Azienda 108, relativamente al confronto delle rimanenze inserite sia nel modello CE che nel modello SP.

Statistici

INADEMPIENTE

Si segnala, in via preliminare, che nella verifica 2013 la regione Lazio doveva risolvere le criticità evidenziate sulla copertura e qualità del flusso informativo T1C bis – personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private e sulla qualità del flusso informativo SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Con riferimento all'anno 2014 la copertura dei dati risulterebbe complessivamente buona, tuttavia si evidenziano criticità sui flussi informativi T1C bis e SDO.

La qualità dei dati risulterebbe complessivamente buona, tuttavia si evidenziano criticità sul flusso informativo T1C bis.

La regione Lazio ha trasmesso in data 15 ottobre 2015 una nota per informare di aver sollecitato le strutture ospedaliere inadempienti sul flusso informativo T1C bis per l'anno 2014.

Nella medesima nota la Regione giustifica il mancato invio del flusso informativo SDO da parte delle strutture ospedaliere riferendosi ad assenza di attività di ricovero per l'anno 2014, o a difficoltà tecniche, indicando anche i casi di effettiva inadempienza.

La regione Lazio ha inoltre inviato il 18 novembre 2015 una nota per informare circa la propria valutazione della copertura del flusso informativo SDO per l'anno 2014, pari al 95%, il proseguimento dell'azione di sollecito sulle strutture inadempienti per l'invio del flusso informativo T1C bis, l'attività di integrazione e correzione effettuata nella banca dati nazionale del sistema informativo sanitario per l'anno 2014, in seguito alla riapertura concordata con l'Ufficio di statistica. In riscontro alle predette note, si conferma che in seguito alla riapertura della banca dati si sono osservati miglioramenti, sia pur lievi, di copertura e qualità nei flussi informativi FLS.21 – Attività di assistenza sanitaria di base, STS.21 – Assistenza specialistica territoriale e STS.24 – Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.

L'attività di sollecito ha portato al superamento della criticità sulla copertura del flusso informativo T1C bis, ma non della criticità sulla qualità.

Per quanto attiene il flusso informativo SDO, l'eliminazione dall'anagrafe delle strutture di ricovero HSP.11 e HSP.11 bis delle strutture che non hanno erogato attività di ricovero è avvenuta con notevole ritardo rispetto alle scadenze fissate dal DM 5 dicembre 2006. Tenute ugualmente in conto tali correzioni anagrafiche si conferma che il livello attuale della copertura del flusso informativo SDO per l'anno 2014 è pari al 95%, inferiore alla soglia prevista del 98%.

La regione Lazio deve porre in essere le misure atte a determinare adeguati livelli di qualità per il flusso informativo T1C bis e per la copertura del flusso informativo SDO.

A fronte delle criticità sopra riportate, la regione Lazio ha trasmesso l'8 marzo 2016 una nota con la quale rappresenta gli sforzi per risolvere le criticità presenti relativamente alla copertura e qualità del flusso informativo T1C bis e sulla copertura della SDO.

Si prende atto di quanto riportato dalla Regione; si ribadisce tuttavia che il miglioramento della qualità del flusso informativo T1C bis e della copertura del flusso informativo SDO costituiva impegno per l'anno 2013 e che anche nel 2014 permangono criticità su tali flussi informativi.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Lazio con un punteggio pari a 168 (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) (già rilevata nel 2013), 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni) (già rilevata nel 2013), 2 Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto, (già rilevata dal 2012; su tale aspetto la Regione ha fornito la nota prot. n. 551309 del 14.10.2015 in cui si descrivono in sintesi le azioni che la Regione intende porre in atto per la promozione dei programmi di screening), 3 Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (già rilevata nel 2013). Non risultano pervenuti i dati riguardanti l'indicatore 6.3 Contaminanti negli alimenti di origine vegetale.

In risposta alla nota prot. 636419 del 20.11.2015 si rappresenta quanto segue.

- a) Indicatore 5.1 - Malattie animali trasmissibili all'uomo - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza.

La valutazione è stata effettuata sulla base dei dati epidemiologici inseriti dalla Regione nel sistema rendicontazioni. Il riesame della valutazione, chiesto dalla Regione, ha confermato la valutazione precedente, che è effettuata in relazione ai criteri stabiliti dall'indicatore della griglia LEA.

Peraltro, un aumento del trend della prevalenza, che la Regione evidenzia come lieve, indica un allontanamento dall'obiettivo per il quale i Piani di eradicazione sono applicati e finanziati, ovvero il raggiungimento delle condizioni necessarie per l'acquisizione della qualifica di territorio ufficialmente indenne.

- b) Indicatore 5.3 - Anagrafi animali - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06.

Il riesame della valutazione ha permesso di accertare che la percentuale raggiunta è del 99,7%, rientrando nel range previsto per il 'valore normale' (punteggio 9).

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dai dati presenti nella base dati nazionale, aggiornata al 13.01/2016, risulta che la dotazione di posti letto al 1 gennaio 2015 della regione Lazio è 21.402, pari a 3,63 p.l. per 1.000 abitanti, di cui 2,98 per pazienti acuti (17.533 posti letto) e 0,66 per riabilitazione e lungodegenza (3.869 posti letto).

L'offerta dei posti letto regionali è in linea con lo standard nazionale.

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 173,03 nel 2012, 164,16 nel 2013 e 149,17 nel 2014.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, essendo pari al 33,1% nel 2012 e nel 2013 e al 31,87% nel 2014.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La Regione con una percentuale pari al 5,6% di DRG critici inferiore al valore mediano (8,8%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempimento.

Si segnalano criticità per i DRG 041, 282, 317 e 381 (vedi tabella allegata).

Si considera superato l'impegno dell'anno 2013.

h) Liste d'attesa

INADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

Dai dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 e pervenuti al Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica risulta che la percentuale di corretta compilazione dei campi raggiunge la soglia prevista eccetto per i campi "Garanzia tempi attesa" (0%) e "Prenotazioni in primo accesso" (3.47%). Relativamente al calcolo degli indicatori relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (già previsti per l'anno 2013) e, ai soli fini informativi, RMN colonna vertebrale, Ecografia ostetrico-ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia non è possibile effettuare i calcoli degli indicatori.

La Regione non ha inviato il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto per l'anno 2014 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante. Dai dati si ricava che percentuale di garanzia per ambedue i periodi indice e per ambedue le classi di priorità non raggiunge la soglia di adempienza.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

La Regione è prossima alla soglia richiesta del 90% riguardo il campo "Data di prenotazione" sia in Regime ordinario che Day Hospital (come per lo scorso anno).

Da fonte "Rapporto SDO anno 2014" risulta che l'attesa media in gg. per intervento Tumore mammella è di 26,3 gg. rispetto la media nazionale di 24,7 gg.; per intervento Tumore colon retto è di 14,5 gg rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

La Regione ha effettuato il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

La Regione fornisce indicazioni per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni dell'erogazione.

La Regione comunica che non risultano sospensioni dell'attività di prenotazione presso le strutture sanitarie.

H.5 Monitoraggio dei PDT complessi

Non risulta pervenuta alcuna informazione.

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

La Regione ha compilato la tabella per la verifica della presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web delle Aziende erogatrici da cui risulta che non tutte le aziende hanno tale sezione.

Pur constatando l'impegno nella risoluzione delle problematiche riscontrate negli anni precedenti, la Regione risulta inadempiente per i punti H.1, H.2, H.5, H.6.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: LAZIO			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	940.111.024	9,08%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	14.817.445	0,14%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	19.443.922	0,19%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	3.238.421	0,03%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	339.503.496	3,28%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	160.276.106	1,55%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	48.142.433	0,46%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	112.133.673	1,08%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		1.290.257.164	12,46%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	10.358.685.225	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	1.175.710.773	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	114.546.391	1,11%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		237,9%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
M=E-L Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione		1.290.257.164	12,5%
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)	827.229.566	7,99%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	36.681.669	0,35%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	7.885.374	0,08%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	82.940	0,0008%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	1.366.244	0,01%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		441.709.843	4,26%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	10.358.685.225	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	362.553.983	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC d	11.441.000	0,11%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	47.000	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		489.879.512	4,73%
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	127.325.529	1,23%

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE

La Regione ha provveduto ad effettuare una mappatura completa e puntuale sullo stato dell'arte del sistema di implementazione della contabilità analitica. Si evince che il mancato raggiungimento degli obiettivi elencati è dovuto ad un'insufficiente implementazione dei sistemi informativo-contabili per i quali la Regione ha avviato una ricognizione dei costi e dei tempi necessari per lo sviluppo di un sistema centralizzato, attraverso una valutazione comparata costi-benefici. La Regione, inoltre, al fine di supportare le Aziende per raggiungere uno degli obiettivi principali quali la coerenza tra i fattori produttivi e piani dei conti di contabilità generale, ha avviato un processo di verifica all'interno delle singole Aziende Sanitarie. Ha inoltre istituito un GDL che, per quanto

proposto nel Programma operativo 2013-2015 per la definizione dei fattori produttivi del personale, ha effettuato una trascodifica tra fattore produttivo, piano dei conti di contabilità generale e CE ministeriale.

Tale procedura è stata applicata a tre aziende pilota per estendere successivamente lo studio alle aziende più in difficoltà.

A novembre 2015 la Regione trasmette documentazione integrativa, con la quale ribadisce quanto già espresso precedentemente, cioè che sta supportando le aziende ancora non adempienti al fine di migliorare le performance a livello regionale. Il sopra citato GDL si appresta a richiedere il nuovo piano dei centri di responsabilità e di costo alle singole aziende sanitarie a fronte del nuovo Atto aziendale che ciascuna azienda ha trasmesso alla regione Lazio e che quest'ultima ha approvato nei mesi di marzo ed aprile 2015 con decreti del Commissario ad acta. Si prende atto di tutte le azioni intraprese dalla Regione al fine di migliorare l'adozione della contabilità analitica.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La DGR 42/2014 ha approvato gli obiettivi predisposti dalla competente Direzione Salute ed Integrazione Socio Sanitaria, da assegnare ai Direttori Generali al momento di stipula del relativo contratto d'opera. Inoltre, ha stabilito che la valutazione a 18 mesi di nomina, di cui all'art. 3 bis del D.Lgs. 502/1992, si intende positivamente superata al raggiungimento del punteggio di almeno 140 su 200, sulla totalità degli obiettivi assegnati. Inoltre con DCA 148/2014 e 244/2014 sono stati assegnati gli obiettivi da raggiungere per l'anno 2014 ed in particolare al punto L1 del DCA 148/2014 sono stati individuati quali obiettivi "assicurare la tempestività, la completezza e la coerenza dei dati trasmessi, sia ai fini della valutazione e del controllo sia ai fini del rispetto del debito informativo regionale nei confronti del Ministero delle finanze e della Salute, nonché del tavolo di verifica degli adempimenti connessi all'attuazione del Piano di Rientro". Infine, è stato trasmesso il contratto tipo in base al quale è fissato all'art. 5 punto 2 che il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, attuativa dell'art. 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, costituisce grave inadempienza ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore Generale.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

INADEMPIENTE

In data 26 novembre 2015 la Regione invia il DCA 562/2015 che introduce la quota di compartecipazione ai trattamenti socioriabilitativi per pazienti con disturbi mentali, ovvero il 60% a carico dell'ente/utente per i trattamenti a media e bassa intensità, mentre stabilisce che per 12 mesi i trattamenti ad elevata intensità saranno per il 60% a carico del SSR. Sebbene persistano ancora delle incoerenze, il provvedimento inviato consente il superamento degli impegni degli anni 2012-2013.

Per l'anno 2014, il punteggio totale riportato dalla Regione è di 12 punti, così ripartiti:

- Offerta assistenziale: 6 punti
- Ripartizione degli oneri: 6 punti
- Cure domiciliari: 0 punti
- Cure residenziali: 0 punti
- Cure semiresidenziali: 0 punti

La Regione non ha superato il punteggio totale minimo di 18.

Le criticità maggiori riguardano:

- assistenza domiciliare: i dati relativi al flusso SIAD indicano gravi criticità nell'erogazione dell'assistenza che risulta essere sotto soglia in tutti i livelli di intensità assistenziale; Liv. 1+2: 2.18 (vs. 3.30), Liv. 3+4: 0.39 (vs. 0.76)
- assistenza residenziale e semiresidenziale: i dati del flusso FAR evidenziano una assistenza sotto soglia in tutte le tipologie di trattamenti; R1: 0,00 (vs. 0.03); R2: 0.92 (vs. 1.27); RD2: 0.09 (vs. 0.11); R3: 0.34 (vs. 0.66).

Con riferimento all'introduzione della quota di compartecipazione per i trattamenti socioriabilitativi per i pazienti con disturbi mentali, di cui al DCA 562/2015, la Regione entro 12 mesi dovrà renderle coerenti alla normativa nazionale.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS.21 = 63%

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 = 66,26% (dati aggiornati al 11.02.2016).

Si prende atto dell'integrazione dei dati SIAD da parte della Regione. Inoltre facendo seguito a quanto affermato dalla Regione in merito all'invio dei dati della cosiddetta "attività prestazionale" domiciliare attraverso la fonte aggregata, si invita la Regione a correggere quanto prima il dato trasmesso attraverso la fonte SIS in modo che le due rilevazioni siano coerenti.

- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	
5.311	0,96	4.207	0,76	560	0,10	1.141	0,21	11.219

S.4

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= risultano 2 ASL inviante dati SIS e nessuna ASL inviante dati NSIS

Esito: Inadempiente

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 97,16%

Esito: Adempiente

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 1,35
- 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.
22	0,00	5134	0,92	488	0,09	1900	0,34	7524	1,36	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7524

^(*) 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 al Decreto del Commissario ad acta 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 DM 18 ottobre 2012.

u) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la regione Lazio risulta pari a 81 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

La regione Lazio ha fornito le informazioni richieste.

Il Piano formativo regionale 2013/2015 è stato approvato con il Decreto del Commissario ad Acta U00044 del 21 febbraio 2014.

Ha indicato le risorse finanziarie utilizzate dalla Regione in favore delle Aziende del SSR nel 2014 per la Formazione continua dei professionisti sanitari.

Dal monitoraggio effettuato sul sistema di accreditamento regionale, risultano accreditati 19 provider provvisori, ciascuno dei quali trasferisce i dati dei partecipanti agli eventi formativi al CoGeAPS e all'ente accreditante come stabilito dalla normativa.

Nel 2014 risultano accreditati 321 eventi formativi.

Inoltre, la regione Lazio ha indicato le visite ispettive effettuate dall'Osservatorio regionale sugli eventi formativi, di cui si prende atto.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE

La regione Lazio nel corso del 2014 ha continuato l'attività di implementazione dei PDTA individuati negli anni precedenti.

La Regione dichiara di effettuare il monitoraggio dei PDTA individuati (relativamente a Diabete, BPCO e Scompenso cardiaco) attraverso il sistema P.Re.Val.E. - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari, curato dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, che contiene le informazioni relative alle cure erogate da tutte le strutture sanitarie regionali.

Si invita la Regione ad elaborare altri PDTA riportati nell'elenco del Questionario.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione dichiara di garantire per il 2014:

- assistenza integrativa: prodotti aproteici a nefropatici
- prestazioni non sanitarie ex ONIG: contributi all'accompagnatore dell'invalido per la fruizione di cure climatiche
- esenzione per malati di MCS (con codice RQ099R- DGR n. 175 del 2010).

La regione Lazio trasmette:

- 1) nota del 26 febbraio 2015 recante "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", che sopprime il riconoscimento della MCS come malattia rara. Nella nota la Regione chiede di confermare il coordinamento formale e sostanziale del testo al fine di provvedere in tempi brevi al prosieguo della proposta di legge.
- 2) nota del 10 marzo 2015 nella quale si fa presente che con la DGR del 19 febbraio 2010, n. 103 è stata assunta a carico dell'Assessorato alle Politiche Sociali l'erogazione dei contributi economici per gli utenti affetti da Insufficienza Renale Cronica (I.C.R.) di grado 4 e 5 non ancora in dialisi, per l'acquisto dei prodotti specifici, al fine di garantire l'effettiva fruizione della dieta ipoproteica.
- 3) DCA n. U00177 dell'11 maggio 2015 (come rettificato dal DCA del 19 maggio 2015) con la quale, a far data dal 2015, è soppresso il contributo giornaliero all'accompagnatore dell'invalido di guerra
- 4) Deliberazione n. 314 del 27 maggio 2014 recante lo stanziamento di risorse di natura sociale per la fornitura per l'anno 2014 di prodotti ipoproteici per persone affette da insufficienza renale e la fornitura di strumenti per la facilitazione della comunicazione per persone affette da SLA.
La Regione fa presente che il presente atto è da considerarsi provvedimento ricognitivo delle prestazioni ulteriori garantite.
- 5) nota del 6 luglio 2015 con la quale specifica che con riferimento al codice T01, si emanerà specifico provvedimento al fine di rendere coerente la normativa regionale con quella nazionale; con riferimento alle prestazioni di medicina estetica, medicina non convenzionale, rimborsi spese viaggio e soggiorno per cure, certificazioni mediche si provvederà ad inviare nota circolare alle Asl al fine di richiamare le norme di corretta compilazione del modello LA e di osservanza dei LEA.
- 6) in data 1 settembre 2015, copia della nota n. 406596 del 27 luglio 2015 con la quale chiede al proprio Ufficio legislativo che venga avviata la procedura diretta a modificare l'art. 7, comma 1, della L.R. n. 41/2002 laddove prevede l'esenzione totale dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie "a qualunque titolo prestate" a favore dei donatori d'organo. Con la predetta modifica, la Regione intende allineare il contenuto della norma a quanto previsto, a livello nazionale, dal D.Lgs. n. 124/98 ed eliminare uno dei livelli ulteriori attualmente garantiti ai propri assistiti.

Dal modello LA 2014, risulta che la Regione ha erogato per un totale di € 8.580.000:

- assegno di cura
- certificazioni mediche
- chirurgia estetica
- medicine non convenzionali
- prestazioni ex ONIG a invalidi di guerra
- prodotti aproteici
- rimborsi per spese di viaggio e soggiorno per cure
- altro.

Si prende atto della proposta di abrogazione dell'esenzione per MCS, dell'eliminazione del contributo per l'accompagnatore dl disabile nei soggiorni terapeutici e della volontà di eliminare altri livelli ulteriori.

Inoltre, la Regione, in data 14 ottobre 2015, trasmette copia della nota protocollo n. 550068 con la quale, con riferimento ad alcune prestazioni ulteriori risultanti dal modello LA (chirurgia estetica, medicina non convenzionale, certificazioni mediche, rimborso spese di viaggio e soggiorno per cure), richiama l'attenzione delle proprie Aziende sanitarie all'osservanza di quanto previsto dalla attuale normativa in materia di erogazione di prestazioni sanitarie ed alla corretta compilazione dell'Allegato 5 dello stesso modello LA.

Si prende atto di quanto indicato nella nota, ma, di fatto, continuano ad essere garantiti ancora livelli aggiuntivi.

In particolare, continuano ad essere garantiti:

- quota sociale: non è ancora applicata la ripartizione tra Ssn e Comuni/assistito degli oneri per i trattamenti socio-riabilitativi residenziali ai pazienti con disturbi mentali
- prodotti aproteici a nefropatici (anche se sotto forma di contributi economici)
- esenzione per malati di MCS
- esenzione totale per assegnatari del codice T01
- altre prestazioni risultanti dal modello LA (chirurgia estetica, medicine non convenzionali, certificazioni mediche)

Alla luce di quanto sopra, la Delibera n. 314 del 27 maggio 2014 non può considerarsi provvedimento ricognitivo dei Lea aggiuntivi, in quanto contenente esclusivamente il Programma di utilizzazione degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali relativo all'anno 2014 e non fa riferimento a tutti i Lea aggiuntivi garantiti.

La Regione, in data 18 novembre 2015, trasmette copia della nota protocollo n. 631276 con la quale comunica che è ancora in corso l'iter amministrativo per l'abrogazione dell'art. 155 della Legge regionale n.4/2006.

La Regione rileva, inoltre, che è stato fatto un preciso intervento sul centro del Policlinico Umberto I finalizzato ad una maggiore appropriatezza dei piani assistenziali individuali.

Si segnala, infine, che dall'ottobre 2014 il centro non ha effettuato nuove diagnosi limitandosi a seguire solo i soggetti cui era stata fatta in precedenza una diagnosi di MSC.

Si prende atto di quanto indicato nella nota, ma continuano in ogni caso ad essere garantiti altri livelli ulteriori (quota sociale, contributi per prodotti aproteici a nefropatici) se pur finanziati da risorse di natura sociale).

La Regione, in data 25 novembre 2015, trasmette copia del DCA n. U00562 del 24 novembre 2015 recante "Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale sociosanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001".

Con il predetto decreto la Regione definisce la ripartizione, tra SSN e Comune/assistito, degli oneri relativi ai trattamenti socio riabilitativi resi nell'ambito di strutture residenziali favore delle persone con problemi psichiatrici.

Si apprezza l'impegno della Regione, anche se per una quota delle strutture residenziali socio-riabilitative ad elevata intensità assistenziale (SRSR 24h/24) viene stabilita, per una durata massima di 12 mesi, una quota a carico della Sanità superiore a quella prevista dalla norma nazionale.

La Regione, in data 8 marzo 2016, comunica che è stata inserita nel collegato 2016, attualmente in attesa di votazione in Consiglio regionale, la modifica dell'art. 7, comma 1, della L.R. n. 41/2002 (esenzione ticket a favore dei donatori per attività connesse); si prende atto della modifica proposta, con la quale la Regione si uniforma alla normativa nazionale in materia.

Tenuto conto di quanto sopra, del fatto che continuano ad essere erogati prodotti aproteici a soggetti nefropatici (se pur finanziati con risorse di natura sociale) e che non si è ancora pervenuti alla formale abrogazione delle norme che prevedono l'esenzione per i malati di MCS, la Regione viene considerata adempiente con impegno a regolarizzare la situazione, in conformità con la normativa nazionale, entro il termine di valutazione degli adempimenti relativi all'anno 2015.

ah) Accredитamento istituzionale

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La regione Lazio ha recepito l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 con il DCA 54 del 9 febbraio 2015.

La Regione non ha concluso i percorsi di autorizzazione e accredитamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie; nella relazione inviata con prot. 385675 del 15.07.2015, la Regione illustra lo stato di avanzamento dei percorsi di accredитamento e le criticità riscontrate, precisando che restano da definire“

- n. 15 strutture per le quali sono in corso da parte delle ASL territorialmente competenti le verifiche conclusive;
- n. 2 strutture per le quali è in corso un contenzioso con sospensiva TAR/CdS;
- n. 5 strutture con prescrizioni VVF;
- n. 2 strutture con piano di adeguamento in corso”.

Per altre 8 strutture è in iter di approvazione il Decreto del Commissario ad Acta.

La Regione informa che delle “32 strutture ancora in corso di definizione, 11 sono strutture di ricovero e, precisamente, n. 4 Ospedali Classificati, n. 1 IRCCS e n. 6 Case di Cura”.

A marzo 2016 viene trasmessa la nota prot. 127553, contenente una dettagliata relazione inerente la situazione dell’accredитamento istituzionale definitivo per le strutture sanitarie, con la quale conferma la situazione già in precedenza descritta. In particolare per alcune strutture, dopo le verifiche in loco da parte del personale regionale (Asl), erano state eccepіte diverse irregolarità e la non conformità delle strutture per la conferma del provvedimento di accredитamento (e talora di autorizzazione); a fronte di tali contestazioni sono intervenuti giudizi amministrativi che hanno cristallizzato la situazione.

Per altre strutture sanitarie (Fatebenefratelli Isola Tiberina, Fatebenefratelli San Pietro, ecc) la Regione aveva imposto delle prescrizioni e concesso un periodo di tempo per l’adeguamento ed ora, scaduto tale termine, le medesime strutture non hanno provveduto a risolvere le contestazioni mosse.

Nelle more, soprattutto alla luce dell’importante casistica trattata dalle strutture oggetto di attenzione e che necessitano di interventi, si chiede di conoscere quali provvedimenti intenda attuare la Regione a fronte delle contestazioni, anche di rilievo, eccepіte (mancanza di sala parto d’emergenza, inadeguatezza dimensionale delle sale parto ecc) e se sia stato definito un protocollo per l’esercizio in attività durante l’adeguamento.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La regione Lazio ha compilato la scheda di rilevazione e ha dichiarato che, al 31 dicembre 2014, risulta conclusa la sperimentazione gestionale “Fondazione Policlinico Tor Vergata” il cui provvedimento regionale conseguente alla conclusione verrà adottato entro il 31.07.2015.

Con riferimento alla richiesta di chiarimenti relativa alla sperimentazione gestionale ex Pio Istituto Policlinico Casilino, la Regione ha inviato una nota integrativa fornendo le informazioni richieste.

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 al processo di riorganizzazione della rete pubblica e privata la Regione ha riportato i decreti emanati ed approvati sia nel 2014 che nel 2015 e il DCA n. 270 del 2015 contenente riferimenti al service di laboratorio.

Con riferimento alla medicina di laboratorio, la Regione ha risposto a tutti i quesiti e ha fornito una breve relazione sul processo di riorganizzazione sia per la rete pubblica che per quella privata.

am) Controllo cartelle cliniche

INADEMPIENTE

La regione Lazio con prot. 553599 del 15 ottobre 2015 ha trasmesso il Report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2014. Nel documento viene descritto il Sistema Unico dei controlli che prevede due livelli, quello del monitoraggio dell'attività ospedaliera attraverso l'analisi degli archivi informatici relativi alle dimissioni e quello relativo ai controlli esterni analitici. Viene inoltre descritta la metodologia utilizzata ai fini dell'individuazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriately e vengono riportati i risultati non definitivi dei controlli.

Ai fini della valutazione complessiva, si rimane in attesa delle 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".

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Con specifico riguardo all'istituzione della Rete assistenziale palliativa e della Rete di terapia del dolore, si rileva che la Regione ha già trasmesso la documentazione in precedenza e si conferma la valutazione positiva già espressa.

In merito alle campagne di comunicazione ai cittadini, si valutano positivamente le iniziative intraprese nell'ambito della "XIII Giornata Nazionale del Solievo".

Per quanto concerne la tabella relativa alla verifica del raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi e strutturali, si osserva che gli indicatori 6, 7 e 8 risultano elevati, secondo gli standard di riferimento; la Regione, pertanto, viene considerata adempiente con impegno a sanare la suddetta criticità.

AO.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2014 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

N. strutture invianti dati Hospice / N. di strutture presenti su STS.11: 11/22 (50%)

Si segnala che delle strutture invianti 11 sono coerenti con la fonte STS.11/STS.24 mentre ulteriori 9 strutture non trovano una corrispondenza con la fonte STS.11/STS.24.

Esito: Adempiente con impegno a garantire la coerenza tra il dato inviato con il flusso Hospice e il dato trasmesso con la fonte SIS.

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

La Regione ha dimesso dagli OPG una percentuale di pazienti pari al 54% circa e ha formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 3 ter della Legge n. 9/2012 e s.m.i.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione trasmette una nota relativa all'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali ma non invia dati numerici rispetto alla stessa; ha infatti ritenuto necessario effettuare un monitoraggio puntuale circa l'implementazione delle Raccomandazioni dal momento che "è emersa una divaricazione tra gli esiti (in apparenza positivi) della rilevazione effettuata periodicamente dall'AGENAS e gli eventi avversi che concretamente si verificano presso le strutture sanitarie e ospedaliere del SSR e che, in alcuni casi, tradiscono una (quantomeno) incompleta attuazione delle Raccomandazioni".

Dalla verifica 2013 tuttavia era emersa una congruità tra il numero di Raccomandazioni implementate e i requisiti per l'adempimento; tale evidenza appare in contrasto con quanto ad oggi dichiarato dalla Regione. Ciò nonostante, si apprezza la scrupolosità della Regione nel voler effettuare un monitoraggio nel modo più appropriato e consono a seguito delle incongruità rilevate, anche se "l'obiettivo di tale monitoraggio di arrivare entro il 2015 all'adozione da parte delle strutture sanitarie regionali di procedure e/o documenti di indirizzo volti alla corretta ed effettiva implementazione di tutte le Raccomandazioni Ministeriali" già doveva essere consolidato almeno per i requisiti dell'anno precedente.

Alla luce di quanto sopra, si chiede di avere ulteriori elementi circa quanto dichiarato per la verifica 2013 e quanto riferito in merito al 2014.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La tabella del Questionario appare non correttamente compilata in quanto riporta al denominatore lo stesso valore del numeratore; si invita a voler ricontrollare il dato fornito.

La Regione non invia alcuna documentazione relativa alla gestione del paziente in terapia con farmaci antineoplastici.

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

La Regione fornisce le informazioni richieste circa i corsi di sicurezza.

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

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che 336 su 355 UO (95%) utilizzano la Checklist, adempiendo al requisito richiesto.

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione non ha predisposto un piano per la prevenzione.

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione non ha attivato un sistema di indicatori e standard per la valutazione dei piani di miglioramento.

Nel mese di novembre 2015 la Regione trasmette documentazione integrativa.

La nota prot. 616843 del 12 novembre 2015 rinvia ad un allegato, che non è stato trasmesso, con cui la Regione ha fatto richiesta alle strutture sanitarie relativamente alle specifiche procedure interne adottate; si evidenzia che non vengono forniti elementi tali da poter considerare il punto soddisfatto, oltre al fatto che la raccolta di informazioni doveva essere predisposta dalla Regione in anticipo rispetto alle scadenze prefissate.

Anche la nota prot. 631911 del 18 novembre 2015 non fornisce ulteriori elementi di valutazione.

Nel mese di dicembre 2015 la Regione ha trasmesso ulteriore documentazione, in particolare la nota prot. 713980, relativa alle strategie messe in atto dalla Regione per garantire sicurezza ai

pazienti; si rappresenta che tali attività sono ancora in corso e che la Regione è in attesa di elaborare un report al riguardo.

A marzo 2016 la Regione fornisce il risultato di un'indagine ultimata il 31.12.2015, dalla quale si evince che non si è raggiunta la percentuale attesa circa le raccomandazioni implementate.

Rispetto alla centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici si prende atto della presenza di una procedura in 10 strutture su 15 e della procedura dell'IFO inviata.

Rispetto alla Prevenzione delle cadute e al Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES, la Regione indica la data del 30 aprile 2016 per la conclusione delle attività dei due Gruppi di lavoro su tali tematiche.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a proseguire con le azioni già avviate nel corso dell'anno 2015.

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 di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 62,59%

Si prende atto delle azioni intraprese dalla Regione per il miglioramento della qualità e della completezza dei dati trasmessi al NSIS.

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 / totale record inviati: 99,4%

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

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella.

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
7725	12121	5696	17788	10337	5382	874	1838	1400	2936	66097

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 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014/Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 103%

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: 94,6%

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): 385
- - Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,78.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione ha effettuato le visite di verifica ai Servizi Trasfusionali e soltanto ad alcune Unità di Raccolta; le rimanenti visite di verifica presso le UdR saranno effettuate, come dichiarato dalla Regione, nel corso dell'anno 2015. Sono da effettuare le visite dei punti di raccolta sia dei Servizi Trasfusionali sia delle Unità Associate.

Sono stati rilasciati i decreti di autorizzazione/accreditamento dei Servizi trasfusionali e Unità associative.

Sono state avviate delle misure per l'autosufficienza anche se non è presente un Programma regionale di autosufficienza.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a concludere entro l'anno 2015 le visite di verifica a tutti i punti di raccolta.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Lazio ha trasmesso una nota avente per oggetto "Risposta rilievi tavolo adempimenti del 28 luglio 2015", nel quale si fa riferimento alla unificazione della UO ostetrica/neonatologica del PO di Alatri con quella del PO di Frosinone, della UO di Colleferro con quella del PO di Palestrina, della UO di Monterotondo con quella del PO di Tivoli e della UO di Tarquinia con quella del PO di Civitavecchia.

Nello stesso documento si afferma che, ai sensi del DCA n.412/2014, sono stati effettuati i seguenti accorpamenti

- UO ostetrica/neonatologica di Monterotondo con la rispettiva UO di Tivoli
- UO ostetrica/neonatologica di Colleferro con la rispettiva UO di Palestrina
- UO ostetrica/ neonatologica di Alatri con la rispettiva UO di Frosinone

- chiusura della Unità ostetrica/neonatologica di Tarquinia e contestuale qualificazione di quella di Civitavecchia, unico punto nascita della ASL Roma F. Nel Presidio ospedaliero di Tarquinia si mantiene l'attività ostetrica come Casa di Maternità intraospedaliera. Con Delibera della ASL di Viterbo n. 935 del 20/10/2014 è stato approvato il progetto aziendale "Percorso nascita integrazione territorio ospedale e realizzazione Casa Maternità e modello organizzativo integrato AUSL Viterbo - AUSL RMF".

Nel Presidio Ospedaliero di Alatri si mantiene l'attività ostetrica come Casa della Maternità intraospedaliera. La struttura ha presentato il progetto di attivazione del parto fisiologico in Casa Maternità.

Si chiede alla regione Lazio di chiarire se la definizione unificazione/accorpamento debba intendersi dal punto di vista funzionale o strutturale; nel primo caso, infatti, si determinerebbe comunque la persistenza di PN, di cui, come dichiarato dalla Regione, è stata decisa la chiusura con apposita delibera, avendo volumi di attività sotto soglia. Si chiede, inoltre, di fornire delucidazioni in merito alla presenza nella Casa della maternità di Alatri degli standard operativi, di sicurezza e tecnologici previsti dall'Accordo del 16.12.2010 per tutte le strutture che effettuano attività ostetrico/neonatologica, anche in considerazione del fatto che, come dichiarato, è stata effettuata una integrazione del PO di Alatri nel PO di Frosinone (funzionale o strutturale?).

Infine, si chiede alla Regione di fornire delucidazioni relative alla realizzazione della Casa della Maternità prevista presso l'Ospedale di Tarquinia, in particolare rispetto alla garanzia della presenza dei requisiti operativi, di sicurezza e tecnologici contenuti nell'Accordo del 2010.

In tal senso si suggerisce alla regione Lazio di utilizzare un'apposita Checklist di verifica di tali requisiti.

La regione Lazio ha trasmesso a novembre 2015 documentazione integrativa, in particolare una relazione che risponde solo parzialmente ai chiarimenti richiesti. Infatti, la Regione chiarisce che l'accorpamento delle quattro UUOO è da intendersi in senso strutturale, ossia come disattivazione dell'attività assistenziale ostetrico-neonatologica delle UUOO accorpate; in altri termini le UUOO di Alatri, Colleferro, Monterotondo e Tarquinia sono state chiuse.

Relativamente alla Casa del Parto di Alatri, la cui attività, nella relazione trasmessa, viene considerata "per definizione" extraospedaliera, si rappresenta che, ad una attenta lettura della citata DCA U0029/2011, in particolare dell'Allegato 3-Protocollo per le Case della Maternità, vengono in realtà identificate due tipologie:

- 1) Casa di Maternità intraospedaliera, strutturalmente e funzionalmente collegata all'ospedale dotato di PN almeno di I livello, da ritenersi a tutti gli effetti una struttura sanitaria;
- 2) Casa della Maternità extraospedaliera, strutturalmente separata ma funzionalmente collegata all'Ospedale; tale struttura non può trovarsi oltre un raggio di 3-5 km dall'Ospedale di riferimento.

Ciò detto, si chiede alla regione Lazio di chiarire in quale delle due tipologie indicate nel DCA suddetto rientra la Casa della Maternità di Alatri. Riguardo alla dichiarazione secondo cui l'ubicazione della Casa della Maternità all'interno di un ospedale garantisce comunque tutti i servizi di emergenza, compresa la guardia attiva anestesiológica, si chiede di riferire se il PO di Alatri, in base alla riorganizzazione prevista dal DM 70/2015, mantenga ancora tale status o ne è prevista la riconversione; in tal caso, si chiede di chiarire le modalità attraverso cui può essere garantita la presenza di servizi di emergenza con le relative figure professionali.

Le medesime delucidazioni devono essere fornite relativamente alla prevista Casa della Maternità presso l'Ospedale di Tarquinia.

A tal proposito, la Regione ha trasmesso una nota in data 15.01.2016, che lascia sostanzialmente aperti i dubbi sollevati relativamente alla Casa della Maternità di Alatri. Infatti, la Regione dichiara che sta procedendo ad un aggiornamento dei requisiti contenuti nella DCA n.29/2011, senza fornire ulteriori chiarimenti.

In più, dichiara che la tipologia della Casa della maternità suddetta è intraospedaliera ed inoltre di aver chiesto alla Direzione aziendale di Frosinone di separare il percorso della Casa della Maternità dall'attività intraospedaliera. Si chiede, pertanto, alla Regione di chiarire come intenda superare la

criticità legata all'assenza, nel PO di Alatri del PN, indicato nella DCA n.29/2011 come criterio per definire la tipologia di Casa del parto intraospedaliera. Si sottolinea, a tal riguardo, che la presenza del PN in contiguità con la Casa della Maternità è indispensabile per affrontare eventuali situazioni di emergenza ostetriche e/o neonatali. Si tenga conto, peraltro, che il PN di Frosinone, struttura di riferimento per la Casa della Maternità di Alatri, cui trasferire madre o neonato in caso di emergenza, dista ben oltre 3-5 km, potendosi creare una situazione di forte criticità laddove non esistano figure professionali e strumentazione necessaria a stabilizzare in loco la madre o il neonato, atto sanitario propedeutico al successivo trasporto presso il PN o la TIN di Frosinone.

Ovviamente le stesse perplessità di tipo clinico/organizzativo si sollevano per la Casa della Maternità di Tarquinia, date le distanze dai PN di Civitavecchia, peraltro di I Livello e privo di UTIN, o Viterbo.

In data 25.2.2016 la Regione ha trasmesso una nota in cui dichiara che gli accorpamenti effettuati, ai sensi del DCA n. U00412/2014, della UO ostetrica/neonatologica di Monterotondo con la UO di Tivoli e della UO ostetrica/neonatologica di Colleferro con la UO di Palestrina sono da intendersi in senso strutturale, ossia come disattivazione dell'attività ostetrico-neonatologica delle UUOO di Monterotondo e Colleferro.

Inoltre, a seguito di verifica effettuata presso le Direzioni Aziendali delle ASL di Frosinone e di Viterbo, le rispettive Case Maternità di Alatri e Tarquinia, previste dal DCA n. 412/2014, non sono attualmente attive. La Regione sta procedendo ad un aggiornamento dei requisiti contenuti nel DCA 29/2011 con il supporto di un gruppo di lavoro sui parti a domicilio e in Casa Maternità, istituito con Determinazioni n. G09667 del 4.8.2015 e n. G11586 del 28.9.2015. La revisione del percorso per il parto a domicilio si è conclusa ed è appena iniziata quella sulle tipologie di Casa Maternità.

La regione Lazio non relaziona circa l'effettiva chiusura del PN di Tarquinia, prevista dal Decreto del Commissario ad acta n. 412 del 23 Novembre 2014 (Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione) per il 30 giugno 2015. Non dà inoltre conto della riorganizzazione della rete su due livelli di cura dei PN come definito dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 sul percorso nascita, prevista entro il 31 dicembre 2015 dal suddetto DCA, nonché della non contrattualizzazione dell'attività ostetrica-neonatologica per le strutture private accreditate che documentano dal Sistema Informativo Ospedaliero, a partire dal II semestre 2015, un volume di nati inferiore a 500/anno.

Per quanto rappresentato, pur dando atto alla Regione di aver proceduto alla prevista chiusura di 3 PN con volumi sub standard, mancano tuttavia elementi conoscitivi riferibili all'Integrazione Ospedale/Territorio ed alle Procedure di controllo del dolore nel corso del parto.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a trasmettere le integrazioni sopra evidenziate.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La Regione ha inviato il DCA n. U00110 del 15 marzo 2015 con il quale approva l'Atto Aziendale dell'ARES 118, adottato con la deliberazione n. 319 del 14 novembre 2014.

La norma, che definisce l'articolazione, le funzioni e la mission dell'Azienda Regionale, prevede nell'ambito della riorganizzazione una riduzione del numero delle Centrali Operative da 7 a 4, al fine di rispettare lo standard previsto dal regolamento (Decreto 70/2015). Le 4 CO confermate sono Roma Capitale, Frosinone, Latina e Viterbo-Rieti.

La Regione informa inoltre che l'ARES 118 ha già provveduto a disattivare la Centrale operativa regionale.

Non viene fornita alcuna informazione sullo stato di attuazione a livello della rete ospedaliera delle azioni e delle iniziative previste dalla programmazione per gli anni 2014-2015, né alcun dato sull'esito dei monitoraggi, per i quali erano stati individuati gli specifici indicatori.

Non sono stati forniti aggiornamenti in riferimento alle reti per le patologie tempo dipendenti per le quali erano state rilevate una serie di criticità e riproposta una rimodulazione delle strutture e una

revisione dei percorsi da attuare entro il biennio 2014-2015. Anche per questa attività erano stati previsti gli indicatori per il monitoraggio.

Non è pervenuto inoltre il recepimento formale dell'Accordo del 7 febbraio 2013.

Si chiede alla Regione di fornire una relazione, per l'anno 2014, sullo stato di avanzamento degli interventi previsti per l'area ospedaliera e degli esiti del monitoraggio effettuato per la verifica dell'efficacia dei percorsi in emergenza e delle patologie tempo dipendenti. Si resta in attesa, inoltre, degli atti di cui all'Accordo del 7 febbraio 2013.

La Regione trasmette documentazione integrativa, che evidenzia che il DCA n. U00412 relativo alla programmazione della rete ospedaliera è stato emanato il 26.11.2014 e le relative attività di monitoraggio hanno avuto inizio dal primo semestre 2015.

La Regione informa che nell'anno 2014 sono stati istituiti gruppi di lavoro per:

- la revisione dei protocolli regionali sul triage ospedaliero (Determinazione n. G17556 del 4.12.014).
- la rete assistenziale Ictus cerebrale acuto (Determinazione n. G02737 del 7.03.2014)
- la rete cardiologica (Determinazione n. G08393 del 11.06.2014).

La responsabilità del coordinamento regionale della rete dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti è affidato alla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria che svolgerà le funzioni di indirizzo, programmazione e monitoraggio.

Relativamente all'area dell'emergenza, la Regione fornisce informazioni, mediante rappresentazione grafica, sui risultati del monitoraggio svolto nel primo semestre 2014 per i seguenti indicatori: numero medio di accessi giornalieri al PS, numero medio di ricoveri giornalieri, la percentuale degli arrivi in ambulanza (escluso gli accessi nei PS ostetrici, con problema principale "sintomi e disturbi ostetrico-ginecologici", e quelli nei PS specialistici) e la percentuale di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA >12h (escluso OBI e gli accessi nei PS ostetrici, con problema principale "sintomi e disturbi ostetrico-ginecologici"). Inoltre, per tutta l'annualità 2014, viene riportato il tasso di accesso PS/DEA per classi di età (x 1.000 residenti).

Inoltre, sulla base dei dati forniti dall'Ares 118 e dal SIES per il periodo ottobre 2013 - luglio 2015, la Regione ha prestato particolare attenzione agli accessi in PS, monitorando i tempi di permanenza dei mezzi di soccorso e quelli di permanenza dei pazienti all'interno del PS, mediante i seguenti indicatori: percentuale di ambulanze bloccate e media dei minuti di blocco (oltre i 45'), numero medio di accessi giornalieri (esclusi accessi ostetrici), chiusura delle schede di PS entro 12h (escluso OBI), percentuale di accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24h, percentuale di accessi con triage rosso, esito ricovero/trasferimento e tempo permanenza >24h e percentuale di accessi in PS/DEA gialli con attesa >15' e verdi con attesa >60'. Ciò ha permesso di rilevare l'andamento stagionale delle attività, mettendo anche a confronto diversi periodi (per es. ottobre 2013 - luglio 2014 e ottobre 2014 - luglio 2015) e valutando i cambiamenti verificatisi nel tempo. Infine, è stato trasmesso per gli anni 2007-2014 il trend di tutti gli accessi in PS/DEA, per codice di triage e volume di attività.

Relativamente alla rete ICTUS, è stato comunicato che con il DCA 412/14 è stato rivisto l'assetto organizzativo della rete ed è stata riconfermata l'articolazione, contenuta nel precedente DCA 75/2010, in UTN di II e di I livello, PS esperto al trattamento di trombolisi e/o Team Neurovascolare. Inoltre, sono stati trasmessi i monitoraggi effettuati per l'anno 2014 sui ricoveri con diagnosi principale di ictus.

Per la rete Trauma è stato trasmesso il monitoraggio svolto nell'anno 2014 e relativo a quanto stabilito nel Decreto 75/2010. I dati, forniti dal SIES, riguardano gli accessi di soggetti con età uguale o superiore a 14 anni con codice rosso e problema principale "trauma o ustione". Gli indicatori utilizzati per tale monitoraggio sono stati: trasporti primari per trauma verso nodi della rete, trasporti tra centri Hub, trasporti in elicottero in strutture diverse dagli Hub e trasporti in continuità di soccorso all'interno dei bacini territoriali definiti come area 1, 2 e 3.

La Regione ha fornito le informazioni per le quali non ha potuto relazionare sullo stato di avanzamento degli interventi previsti per l'area ospedaliera nell'anno 2014 e ha trasmesso gli esiti del monitoraggio effettuato per la verifica dell'efficacia dei percorsi in emergenza. Relativamente

alle reti per le patologie tempo dipendenti ha inviato aggiornamenti solo per l'ictus e il trauma. Si prende atto del recepimento formale dell'Accordo del 7 febbraio 2013. E' necessario acquisire anche le informazioni relative al monitoraggio della rete SCA per l'anno di riferimento.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP.24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP.24: 92,90%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/ totale record inviati: 99,85%

Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 351,99
- Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso: vedi tabelle.

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
94835	4,85%	1329744	67,98%	475130	24,29%	45895	2,35%	717	0,04%	9766	0,50%	1956087

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		N.A.		
53454	2,73%	1292670	66,08%	344586	17,62%	90657	4,63%	4313	0,22%	170407	8,71%	1956087

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014 / N. di interventi al 118 anno 2013 = 104,26%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

data/ora inizio chiamata corretta = 100%

data/ora arrivo mezzo di soccorso = 97,27%

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), lo stesso dell'anno 2013.

aah) Cure primarie

La regione Lazio precisa che, nell'anno considerato, sul territorio regionale sono presenti forme associative della Medicina generale e della Pediatria di libera scelta denominate Unità di Cure Primarie (UCP), volte al prolungamento dell'orario ambulatoriale per l'assistenza primaria. Tali forme associative, avviate in via sperimentale fin dall'anno 2004 (DRG n. 693/2004) vedono la partecipazione dell'80% dei MMG e del 70% dei PLS. In particolare risultano attivate 706 UCP

diversificate in semplici (321 UCP-S), in cui i MMG sono integrati e collegati in rete, e complesse (385 UCP-C) in cui i MMG, in gruppo o in rete, sono organizzati in sede unica o studio di riferimento. Nel processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale cui attualmente la Regione è impegnata (DCA U000376/2014) tale diversificazione vedrà la confluenza in un unico modello denominato UCP a sede unica ed è considerata propedeutica all'attuazione di quanto previsto dalla Legge 189/2012 sulle nuove forme associative della medicina generale (AFT e UCCP) a cui saranno chiamati a partecipare tutti i medici dell'assistenza primaria (MMG e PLS).

Relativamente all'attivazione dei modelli organizzativi multiprofessionali e multidisciplinari, la Regione ribadisce l'impegno intrapreso con il DCA 428/2013 e con il DCA 40/2014 per la realizzazione delle Case della salute, definendone le funzioni e le modalità organizzative nonché il percorso attuativo e i requisiti minimi autorizzativi.

Nel territorio regionale al 31.12.2014 sono state attivate 5 Case della Salute (Sezze, Pontecorvo-Cassino, Rocca Priora, Prati-Trionfale e Magliano Sabina) e sono state siglate le intese per l'avvio delle seguenti ulteriori Case della Salute: CdS Nuovo Regina Margherita di Roma (RM A), CdS di Via Frà Albenzio di Roma (RM E), CdS di Palombara Sabina (RM G) e CdS di Lungomare Paolo Toscanelli (RM D). Tra i principali servizi erogati nell'ambito del citato modello organizzativo, per garantire la continuità dell'assistenza, figura il Punto Unico di Accesso Integrato Socio Sanitario (PUA) in grado di fornire risposte integrate ed adeguate ai bisogni semplici e di avviare i percorsi volti a soddisfare bisogni più complessi.

La Regione fornisce le indicazioni ed i riferimenti normativi sul processo di riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale messo in atto sul proprio territorio al 31 dicembre 2014 e che vede la realizzazione sia del modello organizzativo monoprofessionale (UCP), che nella forma a "sede unica" è da considerarsi propedeutico all'attuazione delle AFT della Medicina Generale, sia di quello multiprofessionale riconducibile alla Casa della Salute intesa come parte fondamentale ed essenziale del territorio, in grado di attuare una reale integrazione tra i servizi e garantire la continuità assistenziale con particolare riferimento alla gestione delle cronicità.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato l'approvazione del tariffario regionale per le remunerazioni delle prestazioni di Assistenza Ospedaliera, le linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete assistenziale riabilitativa, il percorso terapeutico per la sclerosi multipla e il rapporto accettazione e dimissione riabilitativa per l'anno 2013.

Per quanto riguarda l'indicatore di inappropriatezza clinica, nell'anno 2014 la Regione presenta una posizione al di sotto del valore medio nazionale ed un trend in miglioramento nel triennio 2012-2014.

Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza la Regione si posiziona al di sopra del valore medio nazionale pur presentando un miglioramento nel triennio 2012-2014.

Inoltre, la percentuale di ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa risulta nel 2014 più bassa rispetto al valore medio nazionale e migliora nel triennio.

Alla luce della documentazione inviata la Regione supera l'impegno per l'anno 2013. Per quanto riguarda gli indicatori di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri risulta adempiente per l'anno 2014, in quanto presenta un valore positivo per l'indicatore di inappropriatezza clinica (vedere tabella allegata).

aa) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La regione Lazio risulta sufficiente per 5 items su 5.

Per gli indicatori di performance tra le criticità si segnala, in particolare, un livello di attività insoddisfacente per le profilassi di eradicazione per la TBC oltre che la percentuale dei controlli

svolti per il monitoraggio della scrapie, la percentuale dei campioni svolti per la ricerca dei residui fitosanitari e 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 al 79,5% e 5 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività previste dal Piano di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame, nonché la percentuale dei controlli svolti per il controllo delle aziende suine inserite in anagrafe animale e l'utilizzo non ottimale del Sistema Informativo destinato al controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale (NSIS – Alimenti Pesticidi).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

La Regione ha comunicato i risultati della ricognizione delle strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale. Da quanto comunicato risulta che:

- 114 strutture su un totale di 338 indagate sono in grado di produrre e archiviare un referto digitale (pari al 33,7 % delle strutture totali e al 47,9% delle strutture che hanno risposto alla ricognizione)
- 26 strutture sono in grado di produrre un referto digitale ma non di firmarlo digitalmente (pari al 7,7% delle strutture totali e al 10,9% delle strutture che hanno risposto alla ricognizione).

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

SI RINVIA AL PUNTO L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

La regione Lazio ha allocato le proprie risorse destinate all'erogazione dell'assistenza farmaceutica in maniera tale da realizzare una riduzione dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul fabbisogno sanitario regionale (FSR) nel corso degli ultimi quattro anni.

Sebbene la regione Lazio abbia raggiunto risultati incoraggianti sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, tuttavia 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 4,73% per l'assistenza ospedaliera rispetto al tetto del 3,5%), registrando un disavanzo di spesa farmaceutica complessiva pari a 241,8 milioni di euro.

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

La riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale sul FSR, nel periodo 2011-2014, è stata generata dall'effetto dei provvedimenti di livello nazionale e delle diverse deliberazioni emanate dalla regione Lazio in questo ambito assistenziale, tra cui interventi incentrati sulla razionalizzazione della spesa e la definizione di indicatori di appropriatezza prescrittiva per le categorie di farmaci a maggior consumo o ad alto costo (e.g. inibitori di pompa protonica, farmaci per l'emofilia, farmaci per HIV, oltre a Kalydeco, Iclusig, Soliris, Adempas, Zytiga, Cimzia, Xofigo, Abraxane, Erivedge, Xiaprex, Jetrea, Sirturo, Xtand, Lemtrada e Eylea) nonché attraverso il rinnovo del protocollo d'intesa per l'assistenza in DPC.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la regione Lazio evidenzia, come del resto tutte le Regioni italiane, un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR. Tale incidenza è in gran parte collegata all'acquisto di medicinali innovativi ad alto costo (terapie per HIV, terapie oncologiche e farmaci orfani).

La Regione si è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero di livello regionale aggiornato sei volte nel corso del 2014 e trasmesso all'AIFA.

Infine, la regione Lazio ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, con tempistiche superiori a diverse Regioni italiane.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 96% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2014.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 96% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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 Lazio ha integrato i dati della Tabella 1G per le strutture che inizialmente risultavano non pervenute.

Si evidenzia che la rilevazione della Tab. 1G è stata completata dopo le scadenze previste dalla rilevazione del Conto Annuale.

Dal confronto con il numero di strutture regionali secondo lo standard per l'anno 2014, si rileva che la Regione risulta essere sovradimensionata per quanto riguarda il numero di strutture complesse e semplici. In particolare la Regione risulta in eccesso rispetto allo standard di n. 375 UOC e n. 1476 UOS.

Pertanto, ai fini della verifica, anche se la Regione ha completato l'invio dei dati richiesti, viene considerata adempiente con impegno ad allinearsi al numero di strutture previste applicando lo standard approvato dal Comitato Lea nella seduta del 26 marzo 2012.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione trasmette il DCA 000121/2013 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"

Trasmette, inoltre, la Determinazione n. G07864 del 29 maggio 2014 recante "Piano per la malattia diabetica. Istituzione gruppo di lavoro" e la Determinazione n. G12315 del 2 settembre 2014 recante "Piano per la malattia diabetica. Nomina componenti".

aa) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La Regione ha recepito a livello regionale con Decreto del Commissario ad acta n. U00458 del 1 ottobre 2015 il documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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 FLS.11 (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 FLS.12 (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	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 1C bis rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	95,24%	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 STS.14 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	99,55%	2	1,0	

11	STS.21	1,5	%modelli STS.21 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	97,69%	2	3,0	
12	STS.24	2	% modelli STS.24 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	96,05%	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	97,44%	2	1,0	
14	Dati SDO	3	media pesata di % copertura istituti (peso = 0.75) e % coerenza SDO-HSP (peso = 0.25) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilitimento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	94,51%	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) $x = 0,1 + \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_livello\_di\_istruzione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_data\_prenotazione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_classe\_priorità}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_causa\_esterna}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	95,31%	2	1,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 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	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%	99,44%	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	HSP.11/12	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)	1,91	2	4,0	
5	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	1,91	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)	1,76	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)	1,56	1	2,0	
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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	1,85	0	0,0	

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)	1,93	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)	1,84	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	1,91	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 gr) elaborato dalla fonte HSP.24 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	1,87	2	1,0	

14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usl\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	0,005%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	93,24%	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		Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	dati coerenti	2	2,0	
		25							42,5	BUONA

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

				PUNTEGGI			VALUTAZIONE	NOTE
1		Obblighi informativi e Indicatori		0	1	2		
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	2	44,0 - ADEMPIENTE
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	2	42,5 - 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	Interv. 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	Iperplasia 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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	76,3%	10
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	98,3%	20
U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	23,61%	36
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	5,37%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		81

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	12,8	13,5	12,5	13,5	10,6	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	9,1	10,5	7,8	10,0	6,7	9,9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	15,2	9,1	12,3	7,7	10,1	6,6

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:F6t tuati <99,9% e ≥98% e inoltre uno dei seguenti casi: - prevalenza delle aziende <0.1% - prevalenza compresa tra 0,1% e 0,3% ma con trend in diminuzione - Regioni con controlli >99,1% ma prevalenza > 0,1% o in aumento.	Controlli effettuati <98% e ≥96% (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure controlli ≥98% e <99,9% dei controllati e prevalenza in aumento.	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza nella aziende >0,1%. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%
2	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza per tutte le specie	≥ 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. <u>Regioni dell'OM</u> ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. <u>Regioni dell'OM</u> <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN)
3	ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende oviceprine controllate (3%) per anagrafe oviceprina	≥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: 69/90

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]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	PNA - 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 PNA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	conformità dei dati forniti secondo le indicazioni previste dalla nota n. DGVA/X/6057 del 13/02/2006 [vedere annotazione]	<i>non coerenti</i>	<i>coerenti</i>	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 controlli [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	<i>≥ 95% dei controlli previsti</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni (flusso non alimentato dal 13/06 al 09/09)	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni</i>	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.Lg.vo 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	<i>Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>	Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	2	10	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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , 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" (polli da carne 40%)	≥ 90% delle registrazioni dei campionamenti inseriti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per ciascuno dei piani applicabili, e validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"	0	0	
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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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 (62,5%)	≥ 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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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]	<i>trend in aumento</i>	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 (0,29%)	≥ 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. 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 2014	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione</i>	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	<i>validazione effettuata oltre la scadenza prevista</i>	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 2014 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	Manca 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 (al 31 agosto dati non presenti sul SI)	<i>arrivo dei dati entro il termine</i>	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 (al 31 agosto dati non presenti sul SI)	<i>≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	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	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	<i>meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	<i>tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2014	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	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	<i>trasmesso entro la data prevista</i>	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti</i>	<i>allegato 3 inviato, corretto e completo</i>	2	12	
	TOTALE	100								159	

SUFFICIENTE con 79,5% e 5 indicatori vincolanti su 6



c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli previsti dall'adempimento in oggetto, nonché il dettaglio dell'Allegato 5 e dell'Allegato 6 e la relativa riconduzione ai singoli livelli di assistenza. A seguito del superamento della discrepanza relativa al confronto della mobilità intraregionale passiva sul riepilogo regionale si può ritenere la Regione adempiente.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La copertura dei dati risulta buona. Si segnala tuttavia che la copertura del flusso informativo SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera è sotto soglia.

La qualità dei dati risulta buona.

Si chiede alla Regione di eliminare la criticità nella copertura del flusso informativo SDO.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Liguria con un punteggio pari a 194 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia le criticità relative agli indicatori 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (già rilevata dal 2012) 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 2015, la regione Liguria ha una dotazione complessiva di 5.722 posti letto, pari a 3,61 per 1.000 abitanti, di cui 3.03 per pazienti acuti (4.791 posti letto) e 0,59 per riabilitazione e lungodegenza (931 posti letto).

In riferimento alla tematica inerente l'offerta di posti letto, la Regione non ha trasmesso documentazione, essendo già in linea con lo standard previsto dalla L. 135/2012.

F.2

ADEMPIENTE

In via preliminare si evidenzia che per l'anno 2013 la regione era stata considerata adempiente con impegno ad adottare i necessari ulteriori interventi volti al contenimento della quota diurna eccedente, mostrando nel 2013 un tasso di ospedalizzazione totale pari a 161,14 e una quota di ospedalizzazione per il regime diurno del 33,5%.

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014), un Tasso di Ospedalizzazione totale pari a 172,56 nel 2012, a 161,14 nel 2013 e a 153,5 nel 2014.

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% e nel 2014 a 32,96%.

La Regione ha trasmesso due documenti inerenti rispettivamente disposizioni per il trasferimento al regime ambulatoriale delle prestazioni "legatura e stripping vene" (DGR 1746/ 2014) e "biopsia transperineale della prostata" (Det. ARS 35/2015) entrambi coerenti con l'obiettivo di definitivo contenimento della quota di ospedalizzazione riferita al ciclo diurno.

Tali interventi, unitamente al riscontro del rientro dei valori di ospedalizzazione totale entro lo standard e del decremento della quota per il ciclo diurno, consentono di ritenere assolto l'impegno per l'anno 2013.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La regione Liguria con una percentuale pari all'8,8% di DRG critici pari al valore mediano (8,8%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza.

Si segnalano criticità per i DRG 008, 019, 036, 256, e 467 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

H.1 Monitoraggio ex post

Dai dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 e pervenuti al Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica risulta che la Regione non raggiunge per il campo "Classe priorità prestazione" e il campo "Garanzia tempi attesa" la percentuale di corretta compilazione richiesta.

Nonostante non sia stata raggiunta la soglia del 90% di corretta compilazione dei campi si è proceduto al calcolo degli indicatori previsti la cui soglia è comunque soddisfacente.

La Regione ha provveduto ad inviare il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto per l'anno 2014 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante. Si rileva che la percentuale di garanzia per ambedue i periodi indice e per ambedue le classi di priorità è prossima alla soglia di adempienza.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

La Regione per l'anno 2014 raggiunge la soglia del 90% riguardo il campo "Data di prenotazione" sia in regime ordinario che Day Hospital; per il campo "Classe di priorità" la soglia è raggiunta solo per il DH (Classe di priorità Regime ordinario 80,56%).

Da fonte "Rapporto SDO anno 2014" risulta che l'attesa media in gg per intervento Tumore mammella è di 27,1 gg rispetto la media nazionale di 24,7 gg.; per intervento Tumore colon retto è di 30,3 rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

Al riguardo risulta che la Regione abbia effettuato il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

La Regione ha fornito indicazioni per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.

La Regione dichiara che con DGR 545 del 20 maggio 2011 sono state date indicazioni alle Aziende affinché prevedano nei propri Piani attuativi le procedure da adottare in caso di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

La Regione con nota prot. PG/2014/124257 del 19.06.2014 ha chiesto alle Aziende di comunicare entro il 15 luglio 2014 una relazione sullo stato dell'arte delle azioni messe in atto e previste nel piano attuativi per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione.

Relativamente all'eventuale sospensione dell'attività di prenotazione presso le strutture sanitarie, la Regione trasmette una nota dove evidenzia alcune criticità.

H.5 Monitoraggio PDT complessi

Dall'esame dei dati relativi al monitoraggio dei PDT complessi dai dati pervenuti risulta che il monitoraggio viene effettuato.

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

La Regione ha compilato la tabella attestante la verifica della presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web delle 8 strutture pubbliche.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a migliorare la gestione delle liste di attesa; si suggerisce alla Regione di consolidare le attività di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex post.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: LIGURIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	226.896.601	7,34%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	4.107.771	0,13%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	4.722.249	0,15%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	982.533	0,03%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	94.579.176	3,06%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	42.689.557	1,38%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	18.231.174	0,59%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	24.458.383	0,79%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		329.894.398	10,67%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	3.091.541.625	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	350.889.974	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-20.995.577	-0,68%
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		329.894.398	10,67%
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)	254.873.765	8,24%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	15.812.372	0,51%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	2.438.073	0,08%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	29.493	0,0010%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	474.368	0,02%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		141.540.283	4,58%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	3.091.541.625	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	108.203.957	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC di	3.841.000	0,12%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	5.150.000	0,17%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		166.343.655	5,38%
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	58.139.698	1,88%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione ha provveduto ad ottemperare agli adempimenti necessari. Da alcuni anni, infatti, la Regione ha implementato un sistema di rilevazione adottato da tutte le aziende ed enti del SSR che

si basa sulla redazione di matrici a doppia entrata per la rilevazione del consumo di risorse sia in termini di personale che di beni e servizi per centro di costo/disciplina.

Ogni azienda o ente attraverso l'adozione della propria contabilità analitica trasmette semestralmente alla Regione sia la matrice che rileva il personale articolato per figura professionale, sia la matrice relativa al costo degli altri fattori produttivi come beni e servizi. Relativamente ai nuovi obiettivi richiesti le aziende raggiungono la percentuale prevista ai fini dell'adempimento. La Regione aveva già trasmesso nel luglio 2013 la delibera 869/2013 contenente l'atto di nomina del responsabile dello stato di implementazione della contabilità analitica.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione ha rispettato l'adempimento, in base alla DGR 750 del 13 giugno 2014 "Proroga dei Direttori Generali ASL 1, 3 e 5 e dell'IRCSS San Martino-IST Istituto nazionale per la Ricerca sul cancro" con cui vengono approvati i relativi contratti ed in particolare all'art. 3 in cui si prevede la decadenza del direttore in caso di mancato rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi 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 2014, 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 86,1% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del Flusso Contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Alla Regione viene attribuito un punteggio totale di 24 punti, così ripartiti:

Offerta assistenziale: 9 punti

Ripartizione degli oneri: 9 punti

Cure domiciliari: 5 punti

Cure residenziali: 0 punti (non raggiunge il punteggio minimo di 4 punti)

Cure semiresidenziali: 1 punto.

La Regione supera il punteggio totale minimo previsto, sebbene sia emersa una criticità dovuta ad una assistenza sotto soglia nei trattamenti residenziali di livello intensivo e ai trattamenti residenziali di livello estensivo per persone con demenza. Si invita dunque la Regione ad attuare misure che consentano una più ampia presa in carico nelle due tipologie di trattamenti indicati.

La Regione viene considerata adempiente con impegno ad incrementare l'offerta residenziale di livello intensivo ed estensivo.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/Numero prese in carico con FLS.21= 103%

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 = 95,26%

Esito: Adempiente

- Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti): 10,41
- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	
7.001	4,47	6.650	4,25	796	0,51	1.937	1,24	16.384

Dati aggiornati all'8.7.2015

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti(FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24-Quadro F-Tipo assistenza= 2 (Assistenza Semiresidenziale)= 95,76%

Esito: Adempiente

Numero assistiti(FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza= 2 (Assistenza Residenziale)= 93,78%

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.
1	0,00	5413	3,46	131	0,08	7283	4,65	12651	8,20	397	0,25	417	0,27	814	0,52	13465

^(*) 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 31 ottobre 2014 ha adottato la DGR 1353 in cui si stabilisce l'abbattimento della tariffa per la lungodegenza ospedaliera del 40% oltre il valore soglia dei 60 gg.

u) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la regione Liguria risulta pari a 86 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato i piani formativi approvati dalle singole Aziende sanitarie predisposti sulla base dei fabbisogni formativi aziendali rilevati dai direttori di dipartimento e dai responsabili degli uffici di formazione e individuando percorsi formativi volti a rispondere agli obblighi di legge.

Con le determinazioni del direttore Generale dell'Agenzia Regionale Sanitaria n. 109 del 18.11.2014 e n. 112 del 25.11.2014, la Regione ha individuato le aree tematiche per la programmazione delle attività formative aziendali per gli anni 2015-2016, di cui si prende atto.

Ha fornito la documentazione attestante l'invio da parte dei provider regionali, dei report dei partecipanti agli eventi formativi al CoGeAPS e all'Ente accreditante utilizzando il tracciato unico definito dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC), come prescritto dalla normativa.

Inoltre, ha inviato una relazione con la quale descrive le prime attività svolte dall'Osservatorio regionale costituito con DGR 1332/2012 e insediatosi a gennaio 2014.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE

Si constata che la regione Liguria ha in atto un sistema finalizzato all'individuazione e implementazione di PDTA nell'ambito ospedaliero e territoriale, ma non è ben chiaro come tale sistema sia strutturato (come i PDTA siano individuati e "formalizzati" a livello aziendale e/o regionale). Non risultano adottati con "atto formale" nuovi PDTA nel corso del 2014.

Si prende atto che la regione Liguria nel corso del 2014 ha continuato il monitoraggio dell'andamento dei PDTA individuati tramite la ARS che si avvale di un set di indicatori del "Sistema MES" e di altri metodi specifici.

L'operato della Regione viene valutato complessivamente in maniera positiva; si chiede di fornire ulteriori informazioni che vadano a chiarire l'attività effettivamente svolta nel corso del 2014.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di garantire, per il 2014, le seguenti prestazioni aggiuntive:

- Assistenza specialistica prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale (DGR 839/2002): non viene indicato né il capitolo di bilancio, né l'ammontare degli oneri sostenuti (dal modello LA risultano € 150.000); Prestazioni di adroterapia erogate dal CNAO di Pavia (DGR 1644/2014) € 150.000
- Assistenza farmaceutica: erogazione dei farmaci di fascia C ai malati rari
- Assistenza riabilitativa: DGR 1758/2014 recante "Progetti regionali: Attività Fisica Adattata (AFA) e Memory Training. Impegno di spesa di € 63.600" - € 38.140
- Assistenza economica: rimborso spese sostenute per interventi di trapianto e terapie riabilitative. DGR n. 1643/2014 € 400.000
- Assistenza integrativa invalidi di guerra: servizio alberghiero e spese viaggio a favore accompagnatori dei grandi invalidi di guerra - DGR n.1256/2014 - € 7.102,014
- Altro: Progetto "Incontri di informazione e formazione per coppie aspiranti all'adozione (DGR n. 1027/2014) € 10.000
- Interventi domiciliari di sostegno socio-sanitario a fasce deboli (DGR n. 1689/2014) € 450.000.

La Regione trasmette nota del Dipartimento Salute e Servizi sociali 28 aprile 2015 contenente la ricognizione delle prestazioni aggiuntive garantite ex art. 4 Patto per la salute, con l'indicazione degli oneri sostenuti.

Nel Modello LA – Allegato 5, la Regione dichiara di garantire le seguenti prestazioni per un totale di € 1.304.000 (a fronte di un totale di € 1.305.242 risultante dal provvedimento ricognitivo al netto dei costi della specialistica):

- farmaci di fascia C per persone affette da malattie rare
- rimborsi per spese di viaggio e soggiorno per cure
- altre prestazioni escluse dai Lea
- prestazioni specialistiche.

ah) Accredитamento istituzionale

ADEMPIENTE

La regione Liguria dichiara di aver recepito l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, con DGR 371 del 28.3.2013, già trasmessa per la verifica 2013, e di aver concluso l'iter per l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie.

La regione Liguria, inoltre ha avviato l'aggiornamento dei propri requisiti di accreditamento istituzionale secondo le modalità previste dall'Intesa del 20.12.2012 e i tempi previsti dall'Intesa del 19.2.2015.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La regione Liguria ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali indicando le sperimentazioni ed innovazioni in corso, autorizzate o concluse alla data del 31 dicembre 2014.

Ha allegato la normativa di riferimento di ogni sperimentazione e le relative relazioni annuali.

La tabella del Questionario 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 Liguria ha trasmesso la scheda compilata in tutte le sue parti; ha indicato ed allegato la recente DGR n. 1112/2014 riguardante il "Piano triennale per la riorganizzazione e razionalizzazione della rete delle strutture private accreditate di diagnostica di laboratorio (2014-2016). Indirizzi alla AAS.L. e all'ARS".

Relativamente al service di laboratorio, la Regione ha trasmesso una nota integrativa in cui specifica che è in atto la predisposizione di una normativa relativa all'accreditamento che conterrà riferimenti alla regolamentazione del service. In merito alla medicina di laboratorio, ha risposto a tutti i quesiti.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La regione Liguria in data 26 maggio 2015 ha trasmesso il Report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2014 insieme alle 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".

In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 41.716 controlli, pari al 15,2% del totale,

mentre effettua per le strutture private accreditate 4.002 controlli, pari al 52,8%; delle cartelle controllate non sono state confermate il 2,1% delle cartelle sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate.

In riferimento alla Tabella 2 (controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriately individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) la Regione complessivamente assicura per le strutture pubbliche e per le strutture private una percentuale di controlli pari ad almeno il 2,5% della totalità delle cartelle cliniche.

Riguardo le misure adottate, la Regione 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.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

Con riguardo alla istituzione della rete assistenziale palliativa, si rileva che la stessa era risultata formalmente istituita già in occasione della precedente verifica 2013.

Si considerano esaustive la modalità divulgative via web adottate dalla regione; si chiede di conoscere se siano previste iniziative volte ad omogeneizzare i contenuti informativi dei siti aziendali.

In riferimento alla formazione degli operatori sulla rete assistenziale palliativa, si valutano positivamente le iniziative intraprese dalla Regione.

In relazione alla tabella degli indicatori si osserva che gli indicatori non risultano in linea con gli standard di riferimento, ai sensi del DM 43/2007; in particolare, l'indicatore n. 1 mostra uno scarto più ampio rispetto all'anno 2013. Si ritengono utili chiarimenti in merito.

In relazione alla rete dei terapia del dolore, che risultava già istituita formalmente alla verifica 2013, si apprezzano i dettagli conoscitivi inseriti nel Questionario.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2014 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 STS.11: 6/6 (100%).

AO.3

ADEMPIENTE

Si dà atto che, già nell'anno 2013, la Regione risultava avere ottemperato agli adempimenti evidenziati nella tabella relativa al percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.

Inoltre, sono stati forniti i richiesti elementi conoscitivi sulle azioni di monitoraggio, che si valutano positivamente.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato che nel 2014 non ci sono stati soggetti, provenienti dalla Regione, internati in regime di proroga della misura di sicurezza detentiva in un OPG per mancanza di sistemazione

all'esterno del territorio nazionale e ha formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 3 ter della Legge n. 9/2012 e s.m.i.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha implementato le 15 Raccomandazioni con una percentuale superiore all'80%.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la tabella del Questionario, dalla quale emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antineoplastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono il 62,5% superando il valore del 60% richiesto per l'adempimento.

La Regione invia, per soli fini informativi, una relazione relativa alla presenza di una procedura per la gestione della terapia con farmaci antineoplastici in ambito ospedaliero che non risponde perfettamente a quanto richiesto, come evidenziato dalle Note per la compilazione.

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

La Regione invia le informazioni richieste circa i corsi di sicurezza del paziente.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che 110 UO chirurgiche regionali su 113 utilizzano la Checklist di chirurgia, raggiungendo il 97,3%.

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione ha adottato le raccomandazioni ministeriali.

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione dichiara che i referenti regionali SIMES coinvolgono, in base ad opportune valutazioni, gli esperti in relazione a tipologia e specificità degli eventi sentinella.

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

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione ha fornito gli indicatori di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010. Dai valori indicati si evidenzia un miglioramento rispetto al 2013.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM/Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G- Tipo assistenza= 1 (Assistenza psichiatrica): 75,18

La Regione trasmette la nota prot. 167072 del 29 settembre 2015, riguardante le azioni messe in atto per garantire la completezza delle informazioni trasmesse.

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: 83,7%

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

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depression e	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
12397	2465	1548	1975	1164	1056	234	138	38	525	21540

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 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014/Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 110%

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: 87,5%

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): 157

- Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 1.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

La Regione dichiara n. 8 Servizi Trasfusionali e n. 8 visite per autorizzazione/accreditamento.

La Regione dichiara n. 8 Associazioni Donatori Volontari con 40 Unità di Raccolta fisse e 6 unità di raccolta mobile e n. 46 visite per autorizzazione/accreditamento.

Sono stati rilasciati i Decreti di autorizzazione/accreditamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di Raccolta, come da DGR 1621 del 22.12.2014.

La Regione ha inviato la documentazione che attesta l'effettuazione della programmazione della raccolta con le Associazioni e federazione di donatori volontari, ma non è presente un documento formale regionale.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

La regione Liguria, come ulteriormente confermato dai dati rilevati a cura del Ministero (CEDAP e modelli NSIS HSP.11 “Dati anagrafici delle strutture di ricovero” e HSP.11 bis “Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero”), non ha PN con volume di parti inferiore a 500/anno.

Inoltre, relativamente alle azioni di verifica e monitoraggio sulla Costituzione dei Comitati percorso nascita aziendali, viene riferito il modello organizzativo che la Regione ha posto in essere, che risulta congruo con quanto contenuto nell’Accordo del 16.12.2010.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La Regione ha confermato anche per il 2014 l’assetto del sistema di Emergenza/Urgenza ospedaliero che risulta costituito da un totale di 17 Presidi Ospedalieri con presenza di 3 DEA di II livello, di cui 1 Pediatrico, 6 DEA di I livello (di cui 1 integrato –Sanremo/Imperia), 2 PS, 4 PPI ospedalieri h24 e 2 PPI h12.

Per l’Emergenza Territoriale 118 sono confermate le 5 Centrali Operative, 1 per ciascuna delle 5 ASL. Non vengono fornite informazioni in merito ad una ipotesi allo studio relativa alla riduzione del numero delle Centrali, da 5 a 4, per la quale era stato attivato anche un apposito gruppo di lavoro.

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 solo personale infermieristico a bordo.

Il servizio di elisoccorso, affidato ai Vigili del Fuoco di Genova con apposita convenzione, utilizza un aeromobile con base presso l’aeroporto di Sestri Ponente; nel periodo estivo, è disponibile anche un secondo mezzo con base ad Albenga.

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. Nessuna informazione è stata tuttavia fornita sul monitoraggio del percorso organizzativo-gestionale delle suddette reti.

Non vengono forniti elementi che indicano il completamento dell’iter di recepimento dell’Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013.

Le informazioni fornite dalla Regione per la maggior parte risultano invariate rispetto al 2013.

Ad integrazione, è necessario che vengano fornite anche informazioni su:

- recepimento formale dell’Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013,
- risultati dei monitoraggi effettuati con gli indicatori individuati per la verifica dell’efficacia dei percorsi delle reti delle patologie tempo dipendenti,
- dati di attività del servizio di elisoccorso per l’anno 2014 (n. interventi primari e secondari).

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell’assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all’anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP.24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/N. accessi calcolati con HSP.24: 97,12%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/totale record inviati: 98,07%

Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 405,55

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

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
64048	10,09%	415587	65,47%	142040	22,38%	13051	2,06%	17	0,00%	0	0	634743

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		N.A.		
63552	10,01%	441214	69,51%	89734	14,14%	11269	1,78%	217	0,03%	28757	4,53%	634743

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014/N. di interventi al 118 anno = 100,00%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

data/ora inizio chiamata corretta= 100%

data/ora arrivo mezzo di soccorso= 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 13 (valore normale ≤18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21), lo stesso dell'anno 2013.

aah) Cure primarie

Nel corso del 2014 la Regione ha inteso dare seguito al percorso programmatico posto in essere nel corso del triennio precedente. Con la DGR n. 878/2014 ha infatti dato mandato alle aziende sanitarie di individuare almeno una sede da destinare a "Ospedale di Comunità" che fa capo alle Cure Intermedie ed è gestito dai Medici di Medicina Generale (MMG). Tale struttura che sarà sede di UCCP, verrà collocata, laddove possibile, all'interno o nei pressi immediati di una Casa della Salute. Presso l'Agenzia Regionale Sanitaria è stato attivato un apposito gruppo di lavoro per la definizione degli Standard strutturali e organizzativi di tali nuove strutture sanitarie e per le altre forme innovative di assistenza e presa in carico delle patologie croniche anche al fine di garantirne la gestione integrata. Attualmente le UCCP attivate sul territorio regionale risultano essere 8, di cui 7 nell'ASL 2 Savonese e 1 nell'ASL 4 Chiavarese. Tutte le strutture garantiscono le funzioni di assistenza medica, infermieristica, specialistica, nonché la continuità assistenziale diurna, l'ambulatorio per la cronicità, il CUP e la diagnostica primo livello. Inoltre sul territorio regionale sono presenti anche 7 UTAP e 4 Case della Salute (2 nell'ASL 3 Genovese e 2 nell'ASL 5 Spezzino) per un totale complessivo di 19 modelli organizzativi complessi che erogano le Cure Primarie (8 UCCP, 7 UTAP, 4 Case della Salute). Non ci sono variazioni relativamente al numero delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che risultano essere 42, con la partecipazione del 68,4% dei MMG liguri. Nell'ambito delle AFT vengono condivisi obiettivi, linee guida nazionali, PDTA e protocolli operativi regionali.

Oltre agli atti formali di programmazione relativi all'istituzione sia di UCCP che di AFT (DGR n. 3221/2013) sono state adottate diverse Delibere di Giunta Regionale (DGR 878/201, DGR 1717/2013, DGR 154/201, DGR 393/2014) finalizzate alla riorganizzazione delle Cure Primarie sul territorio ligure che, come si evince dalla relazione inviata, ha visto l'implementazione soprattutto dei modelli organizzativi complessi (UCCP e Ospedali di Comunità), come previsto dalla normativa vigente.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La regione Liguria ha inviato una corposa documentazione sugli indirizzi generali in materia di presa in carico riabilitativa a lungo termine del soggetto disabile con quadro complesso e di classificazione dei mandati riabilitativi delle strutture a ciclo continuo e diurno e una relazione sui percorsi diagnostico-terapeutici in riabilitazione.

Relativamente ai dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedaliero, vedere tabella allegata.

Per l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2014 la Regione presenta una posizione positiva al di sotto del valore medio nazionale.

Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza a rischio di inefficienza la Regione presenta un valore percentuale che conferma la posizione positiva rispetto al valore medio nazionale e conferma il trend positivo negli ultimi tre anni.

Per quanto riguarda il dato relativo alla inappropriatezza organizzativa, risulta ancora superiore al livello nazionale e registra un trend crescente nel triennio.

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La regione Liguria risulta sufficiente per 5 items su 5.

Per gli indicatori di performance si riscontra in particolare un livello di attività insoddisfacente per i controlli sanitari svolti sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione, per le attività previste dal Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA) e per il controllo dei residui fitosanitari negli alimenti vegetali.

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 (sufficiente con un punteggio pari al 93% e sufficiente per 5 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente sia per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Il 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" rimane pari al 100%, anche in presenza di un aumento delle strutture che eseguono 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 2012-2014.

Nel 2014 la spesa farmaceutica regionale è rimasta pressoché invariata rispetto all'anno precedente (16,84% del FSR, superando il finanziamento programmato in corrispondenza del 14,85%) e registrando una buona performance sul versante della spesa farmaceutica territoriale (11,46% del FSR, al lordo della "quota eccedente i prezzi di riferimento dei farmaci", rispetto al tetto del 11,35%) e mostrando, come la maggior parte di tutte le Regioni italiane una gestione della spesa farmaceutica ospedaliera meno efficiente (5,38% 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.

Riguardo alla spesa farmaceutica territoriale, la regione Liguria dichiara il raggiungimento di una ottimizzazione della spesa di circa 20 milioni di euro, attraverso un piano di qualificazione dell'assistenza farmaceutica, che definisce le direttive e i ruoli per le Aziende sanitarie, comprendente: il monitoraggio, il controllo, la valutazione della qualità e costi, le linee guida, i piani diagnostici terapeutici e l'elaborazione di indicatori finalizzati alla razionalizzazione della spesa farmaceutica e il miglioramento della qualità dei flussi informativi.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, nonostante i numerosi interventi operati in questo ambito assistenziale, la Regione evidenzia un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR, in parte collegata all'acquisto di medicinali innovativi ad alto costo e all'estensione di indicazioni terapeutiche di farmaci antineoplastici e immunomodulatori. L'impatto dei medicinali in distribuzione diretta e classificati in fascia "non A" ha inciso notevolmente sulla spesa farmaceutica non convenzionata (+24,26%) oltre ad un +9,68% relativo alla loro somministrazione in regime di ricovero.

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, in anticipo rispetto ai tempi medi delle altre Regioni italiane.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 99,6% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2014.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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

Si riportano per la regione Liguria (vedi tabella):

- i dati riferiti al numero di strutture complesse, ospedaliere e non ospedaliere, previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- i dati riferiti al numero di strutture semplici previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014

- il numero delle strutture complesse ospedaliere secondo lo standard, elaborato in riferimento ai posti letto ospedalieri pubblici (4.986 PL) attivi al 1° gennaio 2014
- il numero delle strutture complesse territoriali secondo lo standard, elaborato in riferimento alla popolazione residente (1.591.939 ab.) nella regione Liguria per l'anno 2014 (Fonte ISTAT)
- il numero delle strutture semplici secondo lo standard.

Tipologia di incarico	N. strutture regionali da Standard	Anno 2014	
		N. strutture assegnate	N. strutture previste
Strutture complesse ospedaliere	285	243	285
Strutture complesse non ospedaliere	174	108	152
Strutture semplici (incluse le strutture semplici a valenza dipartimentale)	601	723	815

Fonte: DGSISS-Ufficio di statistica. Elaborazioni dati del Conto Annuale del SSN, dei modelli di rilevazione HSP.11 e HSP.12, della Popolazione residente ISTAT. Anno 2014

Dai dati risulta che la Regione è in linea con quanto previsto dall'applicazione dei parametri standard previsti dal Comitato Lea.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato già per la verifica 2013 di aver recepito 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".

aa0) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La Regione con DGR 562 del 16 maggio 2014 ha recepito a livello regionale il documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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	99,35%	2	6,0	
2	Mod. FLS.11	2	%ASL che hanno inviato il modello FLS.11 (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 FLS.12 (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	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 1C 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	98,57%	2	3,0	
10	STS.14	0,5	% modelli STS.14 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	100,00%	2	1,0	
11	STS.21	1,5	%modelli STS.21 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 STS.24 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) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilimento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	95,16%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_livello\_di\_istruzione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_data\_prenotazione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_classe\_priorità}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_causa\_esterna}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	98,38%	2	1,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 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	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%	96,34%	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	HSP.11/12	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	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	1,86	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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	2,00	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)	1,99	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	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 HSP.24 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 $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usi\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	0,006%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	92,76%	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		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	44,0 - ADEMPIENTE
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	2	50 - 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	ADEMPIENTE
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	2	4	
						8	

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	Interv. 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	Afezioni 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	Iperplasia 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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	76,9%	10
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	89,8%	20
U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	21,09%	41
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	5,35%	15
Valore di U = Somma de punteggi		86

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	11,7	13,5	14,2	13,5	11,5	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	15,0	10,5	16,0	10,0	17,9	9,9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	3,1	9,1	3,1	7,7	3,4	6,6

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 nonché 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. <u>Regioni dell'OM</u> ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. <u>Regioni dell'OM</u> <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi 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			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]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	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]	<i>non coerenti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	<i>≥ 95% dei controlli previsti</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni</i>	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni</i>	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.Lg.vo 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	<i>Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (775 controlli su 3995 operatori pari al 19%)</i>	<i>Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>	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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>invio corretto e completo entro la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	<i>corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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	<i>>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>	≤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]	<i>trend in aumento</i>	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]	<i>< dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	≥ 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. 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 2014	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione</i>	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	<i>validazione effettuata oltre la scadenza prevista</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	inviato, debitamente compilato, entro la data prevista	% di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte [vedere annotazione]	<i>numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>	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	<i>< 90% dei questionari di non conformità inseriti</i>	<i>≥ 90% dei questionari di non conformità inseriti</i>	referti rilasciati dal laboratorio entro i tempi indicati dal PNR 2014 per ciascuna delle categorie (10 giorni lavorativi per le sostanze di Cat. A e 30 giorni lavorativi per quelle di cat. B) [vedere annotazione]	<i>< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati</i>	≥ 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	<i>Mancanza di comunicazione del cellulare</i>	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]	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1 .</i>	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]	<i>arrivo dei dati oltre il termine</i>	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]	<i>> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	≤ 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	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 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 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04 (75%)	<i>almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014 (settori oggetto di audit specificati in data 27/03)	<i>tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	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	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	<i>trasmesso entro la data prevista</i>	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti</i>	<i>allegato 3 inviato, corretto e completo</i>	2	12	
	TOTALE	100								186	

SUFFICIENTE con 93% e 5 indicatori vincolanti su 6



c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha rispettato l'adempimento 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 la relativa riconduzione ai livelli di assistenza. La Regione, inoltre, ha fornito chiarimenti in merito al consolidamento delle voci "R", per le quali risultavano disallineamenti tra la somma delle aziende ed il riepilogo regionale nel confronto CE e LA.

Statistiche

ADEMPIENTE

La copertura dei dati risulta buona. Si segnala tuttavia che la copertura del flusso informativo SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera è sotto soglia.

La qualità dei dati risulta buona.

In seguito al riscontro di criticità sulla copertura del flusso informativo SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera, che presenta per l'anno di riferimento 2014 una copertura del 95,75%, al di sotto della soglia del 98%, la regione Lombardia ha inviato una nota con la quale dichiara che le suddette criticità saranno superate nel 2016 nell'ambito delle iniziative adottate dalla Regione per l'adozione del nuovo tracciato SDO, previsto dallo schema di Decreto del Ministero della salute in fase di definizione da parte del Gruppo di lavoro interistituzionale a ciò dedicato. A tale riguardo la Regione ha allegato la comunicazione, inviata alle strutture ospedaliere del territorio regionale, contenente le direttive per il recepimento del predetto emanando Decreto ministeriale. Inoltre, la Regione evidenzia che la L.R. n. 23 del 11 agosto 2015 ha previsto l'applicazione di sanzioni amministrative in caso di mancato invio dei flussi informativi da parte delle strutture.

Nella riunione del Comitato LEA del 16 dicembre 2015, la Regione viene considerata adempiente.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Lombardia con un punteggio pari a 193 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia 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 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 2015, la regione Lombardia ha una dotazione complessiva di 38.558 posti letto, pari a 3,85 per 1.000 abitanti, di cui 3,11 per pazienti acuti (31.108 posti letto) e 0,74 per riabilitazione e lungodegenza (7.450 posti letto).

L'offerta di posti letto regionali mostra valori superiori rispetto agli standard fissati dalla L. 135/12 sia per le acuzie, sia per le postacuzie.

La Regione ha trasmesso documentazione integrativa, in particolare una relazione tecnica recante chiarimenti in tema di fabbisogno di posti letto e assorbimento della domanda di cure da parte di cittadini non residenti.

Ciò premesso, in considerazione che il criterio di calcolo dei posti letto da destinare alla mobilità interregionale richiamato dalla regione Lombardia è definito dal DM 70/2015 e considerato che l'esubero rispetto allo standard è pari a 0,15 e non in incremento, si ritiene di poter considerare la Regione adempiente.

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014) un tasso di ospedalizzazione totale per 1000 abitanti, comprensivo delle modalità diurna, acuzie e postacuzie, inferiore a 160 per 1000 abitanti e, peraltro, in costante decremento; in particolare, nel 2014 è pari a 129,64.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è al di sotto del valore del 25% nei tre anni osservati, ed è pari al 16,93 nel 2014.

In riferimento alla tematica in questione, la Regione non risulta aver trasmesso documentazione, in quanto già in linea con gli standard.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La regione Lombardia con una percentuale pari al 16,4% di DRG critici, compresa tra il valore mediano (8,8%) e il terzo quartile (18,4%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza con impegno.

Si segnalano criticità per i DRG 008, 019, 036, 041, 061, 070, 073, 088, 133, 232, 249, 252, 256, 339, 351, 427 e 467 (vedi tabella allegata).

Con una nota trasmessa il 24.11.2015 la regione Lombardia propone che il calcolo dell'indicatore non tenga conto dei ricoveri in attività di Riabilitazione, che penalizzerebbero la Regione.

Si rende noto che per le valutazioni a partire dall'anno 2015, verranno considerati i soli ricoveri in Acuzie, come stabilito nella riunione del Comitato LEA del 17.12.2014; si segnala peraltro che, anche se l'indicatore venisse calcolato per tutte le Regioni considerando la sola attività in Acuzie, per l'anno 2014 la Regione si collocherebbe comunque nell'area dell'adempienza con impegno.

Nella riunione del Comitato LEA del 16 dicembre 2015, la Regione viene considerata adempiente.

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

H.1 Monitoraggio ex post

La Regione raggiunge per tutti i campi la percentuale di corretta compilazione.

Nonostante sia stata raggiunta la soglia del 90% di corretta compilazione dei campi non risultano raggiunte le soglie per la Classe di priorità B per TAC Torace senza e con contrasto e Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici.

Si rileva altresì una numerosità dei record classe B molto esigua come rilevato nell'anno precedente. La Regione non ha inviato il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto per l'anno 2014 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante. Si rilevano ancora problematiche per le percentuali di garanzia della classe B.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Dall'analisi dei dati risulta che la Regione per l'anno 2014 raggiunge la soglia del 90% riguardo il campo Data di prenotazione e il campo Classe di priorità sia in regime ordinario che Day Hospital.

Ai soli fini informativi, si è proceduto all'esame dei dati in possesso del Ministero relativamente ai tempi di attesa per intervento chirurgico mammella, intervento chirurgico tumore colon retto. Da fonte "Rapporto SDO anno 2014" risulta che l'attesa media in gg per intervento Tumore mammella

è di 19,7 gg rispetto la media nazionale di 24,7 gg; per intervento Tumore colon retto è di 19 gg rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

La Regione ha effettuato il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

La Regione ha indicato gli interventi per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni e ha comunicato di non aver riscontrato sospensioni dell'attività di prenotazione.

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 è stata svolta.

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

La Regione ha compilato la tabella attestante la verifica della presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web di tutte le 50 strutture pubbliche.

La Regione trasmette a novembre 2015 documentazione integrativa che reca informazioni attinenti al monitoraggio ex post ed ex ante.

Si evidenzia la necessità di rafforzare i flussi citati e di risolvere le criticità che permangono e che necessitano di tempi adeguati.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a consolidare le attività di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex post ed ex ante.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: LOMBARDIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	1.345.101.175	7,51%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	21.526.568	0,12%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	28.162.081	0,16%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	4.687.066	0,03%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	380.268.296	2,12%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	260.247.588	1,45%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	139.547.832	0,78%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	120.699.756	0,67%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		1.810.541.589	10,11%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	17.900.613.280	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	2.031.719.607	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-221.178.018	-1,24%
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		1.810.541.589	10,11%
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)	1.171.164.232	6,54%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	60.201.156	0,34%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	12.691.792	0,07%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	192.290	0,0011%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	3.357.799	0,02%
Q=N+C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		714.452.899	3,99%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	17.900.613.280	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	626.521.465	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC d	19.552.000	0,11%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	0	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		794.206.055	4,44%
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	167.684.590	0,94%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione, sulla base di quanto dichiarato nella documentazione trasmessa, risulta adempiente.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione ha adempiuto all'obbligo di cui all'oggetto in base alla delibera 1237 del 14.01.2014 con la quale è stato approvato lo schema tipo di contratto della prestazione d'opera intellettuale che disciplina il rapporto con i Direttori Generali della Aziende sanitarie. Al contratto sono allegati, quale

parte integrante, gli obiettivi del mandato, tra i quali come nei precedenti anni è previsto “il rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi”.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 84,5% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE

Il punteggio totale riportato dalla Regione è di 30 punti, così ripartiti:

- Offerta assistenziale: 9 punti
- Ripartizione degli oneri: 8 punti
- Cure domiciliari: 5 punti
- Cure residenziali: 8 punti
- Cure semiresidenziali: 0 punti.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS.21 = 163%

Si segnala l'incoerenza tra i dati rilevati dalla fonte individuale SIAD con i dati rilevati dalla fonte aggregata FLS.21. Si chiede alla Regione di rappresentare i motivi di tale disallineamento.

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 = 98,33%

Esito: Adempiente

- Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti): 6,22
- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	
18.608	1,90	28.120	2,87	4.316	0,44	10.340	1,06	61.384

Dati aggiornati all'8.7.2015

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti(FAR)/Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F-Tipo assistenza= 2 (Assistenza Semiresidenziale)= 124,99%

Esito: Adempiente

Numero assistiti(FAR)/Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 122,72%

Esito: Adempiente

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 11,56
- 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	
31710	3,24	51781	5,29	4775	0,49	14968	1,53	100343	10,54	12843	1,31	0	0,00	12843	1,31	113186

(*) 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 n. 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 91 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

La Regione, con Decreto Direzione Generale Salute n. 777 del 6 febbraio 2014 ha adottato il Piano formativo 2014, successivamente integrato con il Decreto Direzione Generale Salute n. 2547 del 26/03/2014. Con gli stessi provvedimenti ha previsto dei finanziamenti per l'erogazione delle attività formative rivolte al personale del Sistema Sanitario Regionale.

Si prende atto che l'accreditamento dei provider regionali avviene sulla base delle indicazioni operative approvate dalla Regione annualmente recependo i contenuti degli Accordi Stato-Regioni in materia.

Inoltre la Regione ha implementato il sistema di accreditamento con l'accreditamento standard dei provider. Attualmente risultano accreditati 122 provider sia pubblici che privati.

A tal proposito, la regione Lombardia dichiara che tutti i provider accreditati sono stati messi nelle condizioni operative di potere inviare all'Ente accreditante e al Consorzio Gestione Anagrafica delle

Professioni Sanitarie (CoGeAPS) i report dei partecipanti agli eventi formativi secondo il tracciato unico nazionale, come prescritto dalla normativa in materia.

La Regione ha descritto le attività condotte dall'Osservatorio regionale, come richiesto.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE

In risposta alla richiesta di chiarimenti circa la predisposizione di nuovi PDTA e gli esiti dell'attività di monitoraggio sui PDTA già operativi, la Regione ha trasmesso una relazione integrativa da cui si evincono le informazioni richieste.

Si rileva tuttavia la mancanza di alcuni PDTA di interesse per la salute pubblica che ancora devono essere individuati.

Si sollecita, pertanto, la Regione ad elaborare altri PDTA (ricompresi nell'elenco riportato nel Questionario) a garanzia di pazienti affetti da patologie di forte impatto sulla popolazione e si suggerisce, nella individuazione dei nuovi PDTA, di privilegiare anche l'aspetto afferente alla sicurezza dei pazienti.

La Regione in data 20.11.2015 ha trasmesso la nota prot. GI.2015.0017038, con la quale fornisce chiarimenti e ulteriori elementi di valutazione.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di garantire, quali prestazioni aggiuntive, farmaci di fascia C ai soggetti affetti da malattie rare, prestazioni di medicina fisica/riabilitativa ambulatoriale e prodotti apoteici a pazienti nefropatici, ma non trasmette nessuna delibera né il provvedimento ricognitivo.

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 € 65.938 (il totale della spesa relativa alle prestazioni ulteriori risulta essere di € 76.356.000).

Con nota del 13 ottobre 2014, la Regione aveva già specificato che la voce "Altre prestazioni escluse dai Lea" prevista nel modello LA comprendeva

- Ricerca IRCCS in livello II° (Ricerca corrente)
- Ricerca IRCCS in Livello III° (Ricerca finalizzata).

In data 7 agosto 2015 la Regione trasmette il Decreto n. 6765 del 06.08.2015 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", in cui sono indicati, per ciascun livello ulteriore, gli importi relativi al 2014 (per un totale di € 10.418.000 che corrisponde a quanto indicato nel modello LA al netto della spesa relativa alla ricerca) e le relative delibere.

Nel provvedimento si specifica che *"le risorse individuate non sono poste a carico del FSN, come indicato nella DGR n. X/1185 del 20.12.2013, e trovano copertura nell'equilibrio complessivo del Servizio Sanitario Regionale della Lombardia così come verificato dal Tavolo di Verifica degli adempimenti costituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 e s.m.i."*

ah) Accredитamento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di aver recepito l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 con DGR n. X/1101 del 20.12.2013 e di aver completato le procedure relative all'accreditamento istituzionale definitivo di tutte le strutture private.

Infine, in riferimento all'adeguamento ai contenuti dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, la Regione precisa che in attesa delle indicazioni nazionali sta procedendo alla verifica dei requisiti da implementare per dare completo adempimento all'Intesa.

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 31.12.2014, ed in materia di legiferazione regionale emanata.

Ha indicato i riferimenti normativi di ogni sperimentazione ed ha allegato le relazioni annuali di verifica.

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. Ha inoltre allegato la recente normativa sulla prosecuzione del processo di riorganizzazione della rete laboratoristica programmato negli anni passati e rallentato per problemi amministrativi e ha indicato ed allegato la normativa sul service di laboratorio.

In merito alla medicina di laboratorio ha risposto ai quesiti e ha fornito una relazione sintetica indicando i principali riferimenti normativi e gli aspetti salienti del processo di riorganizzazione.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La regione Lombardia in data 20 maggio 2015 ha trasmesso il Report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2014, 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" e le delibere 1185/2013 e 2313/2014.

In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 120.510 controlli, pari al 12,6% del totale mentre, effettua per le strutture private accreditate 55.078 controlli, pari al 11,6%; delle cartelle controllate non sono state confermate il 9,5% delle cartelle per le strutture pubbliche ed il 5,6% 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 complessivamente assicura per le strutture pubbliche e per le strutture private una percentuale di controlli pari ad almeno il 2,5% della totalità delle cartelle cliniche.

Per quanto riguarda l'impatto economico dei controlli sanitari, per il campione casuale, il recupero a livello del budget dei ricoveri relativi all'anno 2014 a seguito dei controlli effettuati risulta essere pari a 0,49% e 0,23%, rispettivamente per pubblico e privato, mentre per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza risulta essere 0,03%.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

Con riguardo all'istituzione della rete assistenziale palliativa e della rete di terapia del dolore si segnala che le stesse risultavano già istituite formalmente in sede di verifica 2013.

Si considerano esaustive la modalità divulgative via web adottate dalla regione; si chiede di conoscere se siano previste iniziative volte ad omogeneizzare i contenuti informativi dei siti aziendali.

In riferimento alla formazione degli operatori sulla rete assistenziale palliativa, la Regione ha trasmesso una griglia sinottica delle iniziative condotte, che vengono positivamente valutate.

In relazione alla tabella degli indicatori si evidenzia che, pur permanendo alcuni scostamenti rispetto allo standard di riferimento, questi risultano in contenimento rispetto all'anno 2013.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2014 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 STS.11: 65/66 (98%).

AO.3

ADEMPIENTE

Si dà atto che, già nell'anno 2013, 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.

Inoltre, sono stati forniti i richiesti elementi conoscitivi sulle azioni di monitoraggio, che si valutano positivamente.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

La Regione ha dimesso dagli OPG una percentuale di pazienti dimissibili pari al 74% ed ha formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 3-ter della legge n. 9/2012 e s.m.i.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha implementato 13 Raccomandazioni ad una percentuale maggiore dell'80%.

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 antitumorali rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono l'83%.

La Regione invia, per soli fini informativi, la documentazione relativa alla presenza di una procedura per la gestione della terapia con farmaci antitumorali e alle attività ad essa correlate.

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

La Regione invia le informazioni richieste circa i corsi di sicurezza del paziente dimostrando una particolare attenzione a tali tematiche non solo per i corsi organizzati a livello regionale ma anche per quelli disponibili a livello locale per i professionisti sanitari.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia, dall'indagine è emerso che 561 UO chirurgiche regionali su 563 utilizzano la Checklist di chirurgia, raggiungendo il 99,6%.

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione ha adottato un piano di prevenzione del rischio cadute con Decreto della Direzione Generale Sanità n. 7295 del 22.07.2010 "Linee di indirizzo e requisiti minimi regionali per l'implementazione di un sistema di prevenzione e la gestione del rischio caduta del paziente degente in ospedale o in RSA-RSD".

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione ha inviato la delibera attestante il rinnovo del gruppo di lavoro per il Rischio Clinico, e la documentazione circa l'attività rispetto alle azioni di miglioramento a seguito degli eventi sentinella.

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

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione ha fornito gli indicatori di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010. Dai valori indicati si evidenzia un miglioramento rispetto al 2013.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 73,87%

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: 86,2%

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

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella.

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
17078	25972	8185	35129	19176	12163	2286	2867	3584	1964	128404

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 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014/Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 121,6%

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): 395,5
- Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,78.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che 37 Servizi Trasfusionali e 52 Articolazioni organizzative (per un totale di 89) sono il numero di strutture deputate alle attività trasfusionali, già autorizzate ed accreditate secondo la normativa regionale vigente. In base al percorso di riclassificazione delle Strutture trasfusionali e delle unità di raccolta associative (Accordo Stato – Regioni 242/2010), 35 Servizi Trasfusionali e 47 Articolazioni organizzative (totale 82) hanno superato positivamente le ispezioni.

La Regione dichiara che 128 Unità di Raccolta a gestione associativa sono già autorizzate secondo la normativa regionale vigente. In base al percorso di riclassificazione delle Strutture trasfusionali e delle unità di raccolta associative (Accordo Stato – Regioni 242/2010), all'espletamento delle visite di verifica effettuate 80 Unità di Raccolta a gestione associativa hanno superato positivamente le ispezioni.

Sono stati trasmessi i decreti con i quali la Regione aggiorna le strutture accreditate sulla base delle note con le quali le ASL attestano il possesso dei requisiti.

Infine, la Regione trasmette la comunicazione di AREU avente ad oggetto "Compensazione unità di sangue anno 2014", con la quale vengono definiti i volumi di scambio intra ed extra regionali per la compensazione anno 2014, e date indicazioni per l'autosufficienza al Direttori dei servizi trasfusionali e alle Associazioni dei donatori volontari.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

Si dà atto alla Regione di aver implementato in maniera più che soddisfacente tutte le 10 linee di attività previste dall'Accordo del 16.12.2010, prima fra tutte la chiusura di PN con volumi di attività inferiori a 500 parti anno. Anche nel 2014, come riportato dalla documentazione trasmessa, sono stati chiusi il PN dell'Ospedale San Giovanni Bianco dell'azienda Ospedaliera di Treviglio, e il PN della Casa di Cura Mangioni di Lecco; inoltre è stato predisposto e reso operativo l'accorpamento del PN dell'Ospedale di Cernusco sul Naviglio al PN dell'Ospedale di Melzo. Relativamente agli altri PN con volumi di attività sub standard, la Regione ha inviato una esaustiva relazione sullo stato dell'arte del processo di ridefinizione degli stessi, di cui si apprezza la puntualità e la coerenza con i dettati normativi.

Si sottolinea che, qualora il processo di riorganizzazione preveda il mantenimento di PN con volumi di attività <500 parti/anno, la regione Lombardia dovrà chiedere parere al Comitato Percorso Nascita Nazionale.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La Regione aggiorna le informazioni relative al sistema di emergenza urgenza ospedaliero e territoriale per il 2014, specificando che in tale periodo ha operato su due linee di sviluppo: il potenziamento e la riorganizzazione delle attività di soccorso e la programmazione degli interventi necessari per far fronte all'evento EXPO 2015.

Sistema di soccorso Territoriale 118

Per quanto riguarda il primo aspetto e relativamente al servizio sanitario di emergenza urgenza extraospedaliero, si è proseguito con la riorganizzazione avviata dall'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU), ai sensi della DGR n. IX/1964/2011, che prevede la realizzazione, entro l'anno 2015, di 4 Sale Operative Regionali Emergenza Urgenza (SOREU) in sostituzione delle 7 Centrali (prima dell'avvio della riorganizzazione erano 12, una per ogni provincia). L'assetto definitivo, previsto con DGR n. IX/4967/2013, prevede l'attivazione di quattro aree così articolate:

1. Area Metropolitana con sede a Milano in cui confluiscono le CO di Milano e Monza Brianza
2. Area dei laghi con sede a di Como in cui confluiscono le CO di Como, Varese e Lecco
3. Area della Pianura con sede a Pavia in cui confluiscono le CO di Pavia, Cremona, Mantova e Lodi
4. Area delle Alpi con sede a Bergamo, in cui confluiscono le CO di 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), nel 2014 è stata realizzata la SOREU dell'Area della Pianura. La realizzazione della restante area è stata attuata nel marzo 2015.

Da osservare che in Lombardia è attivo su tutta la regione il servizio "Numero Unico Europeo d'emergenza 112" che rappresenta un modello di servizio di emergenza unico in Italia che ripropone quello già adottato in diversi Paesi europei. Tutte le telefonate di emergenza confluiscono in un'unica Centrale Operativa (Call Center NUE 112), qualsiasi numero di soccorso il chiamante abbia composto (112, 113, 115, 118). Sono stati previsti tre Call Center NUE 112: a Milano (per l'area di Milano), a Brescia (per le aree di Brescia, Pavia, Cremona, Mantova, Sondrio e Lodi) e a Varese (per le aree di Varese, Lecco, Como, Bergamo e Monza e Brianza). Sono stati attivati i Call Center NUE 112 di Varese e di Milano e dal 2015 è a regime anche il Call Center NUE 112 di Brescia.

Sistema ospedaliero

Per quanto riguarda la componente ospedaliera con la DGR X 2933/14, sono state date indicazioni alle aziende sanitarie per la predisposizione del Piano di gestione relativo al fenomeno del sovraffollamento e dell'iperafflusso, proponendo un modello sperimentale di ampliamento temporaneo dei pl dei presidi dotati di PS durante i periodi critici.

Relativamente all'evento EXPO 2015, la Regione ha regolamentato nel 2014 l'intera organizzazione dei soccorsi delineando le modalità per far fronte ai picchi di accesso di utenti ed ha accolto le richieste delle aziende per interventi strutturali e tecnologici per un importo pari a circa 5 Mln di euro.

Nel 2015 ha provveduto a definire il programma degli ulteriori interventi necessari all'implementazione dei soccorsi territoriali nell'area metropolitana.

Le informazioni fornite in merito alle reti ad alta complessità tempo dipendenti, ictus, sindrome coronarica acuta, trauma, risultano invariate rispetto al 2013.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP.24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP.24: 91,55%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/ totale record inviati: 100,00%

Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 394,72
- Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso: vedi tabelle.

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
530145	14,56%	2563233	70,40%	511588	14,05%	34012	0,93%	629	0,02%	1294	0,04%	3640901

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		N.A.		
976932	26,83%	2275538	62,50%	271328	7,45%	21715	0,60%	2450	0,07%	92938	2,55%	3640901

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014/ N. di interventi al 118 anno = 105,35%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

data/ora inizio chiamata corretta = 100%

data/ora arrivo mezzo di soccorso = 98,95%

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), lo stesso dell'anno 2013.

aah) Cure primarie

Prosegue il percorso di evoluzione del sistema associativo fondato sull'integrazione funzionale della Medicina Generale con gli specialisti ospedalieri, infermieri e personale della rete socio sanitaria, avviato nell'ambito delle Cure Primarie dalla regione Lombardia nel 2011. Tale modello organizzativo, denominato GREG e partito in via sperimentale in 5 delle 15 ASL per migliorare l'efficacia della presa in carico e la gestione del paziente cronico, vede tuttora il coinvolgimento di 484 medici ed il raggiungimento di risultati positivi in termini di miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia degli interventi eseguiti. Gli ulteriori stadi di sviluppo di tale modello organizzativo

sono stati avviati con la DGR 1185/2013 (Delibera delle “regole 2014”) cui hanno fatto seguito una serie di atti normativi volti a rendere attuativa la Legge 189/2012 in tema di modelli organizzativi delle Cure Primarie (AFT e UCCP) tra i quali:

- DGR nn. 1212/2014, 1256/2014, 2155/2014 che individuano un cronoprogramma per l’attuazione della riforma della Medicina Convenzionata territoriale (MMG, PLS, MSA) relativamente alla stipula degli Accordi Integrativi regionali;
- DGR n. X/1521/2014 che prevede la costituzione di presidi territoriali per la presa in carico e cura dei pazienti cronici e per l’erogazione delle prestazioni di base in ambito territoriale attraverso l’individuazione di specifiche strutture (piccoli presidi ospedalieri e poliambulatori territoriali) nell’ottica delle funzioni previste dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP);
- DGR n. X/2989/2014 che prevede sia il programma di adeguamento del sistema di erogazione delle Cure Primarie alla legge 189/2012 con particolare riferimento all’individuazione delle AFT e allo sviluppo delle UCCP per favorire la deospedalizzazione e l’integrazione ospedale-territorio che l’implementazione del modello sperimentale GREG attraverso l’arruolamento di nuovi pazienti e l’estensione del modello stesso ad altre ASL;
- DGR n. X2837/2014 e n. X2930/2014 con le quali è stato dato l’avvio alla sperimentazione dei Presidi Ospedalieri Territoriali – POT (Santangelo Lodigiano, Somma Lombardo, Crema Soresina, Calcinante, Leno, Orzinuovi, Morbegno, Vaprio D’Adda, Villa Marelli-Niguarda).

E’ stato dato seguito all’atto formale di programmazione (DGR 1185 del 20.12.2013) relativo all’istituzione dei nuovi modelli organizzativi delle Cure Primarie previsti dalla vigente normativa (UCCP e AFT) con ulteriori atti normativi relativamente ai quali la Regione fornisce la descrizione di dettaglio. Relativamente alle azioni poste in essere per la riorganizzazione delle Cure Primarie dalla relazione inviata si evince, per l’anno considerato, sia l’evoluzione del modello organizzativo, denominato GREG, verso la forma multidisciplinare e multiprofessionale che prelude alle UCCP che l’avvio della sperimentazione dei Presidi Ospedalieri Territoriali.

aa1) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La regione Lombardia ha inviato la documentazione relativa Percorsi Riabilitativi o Profili Integrati di Cura per condizioni e problematiche ad elevato impatto riabilitativo – Decreto Direzione Generale Sanità n. 2886 del 24.03.2010 ad oggetto "Determinazione in merito ai percorsi e continuità assistenziale nel paziente con scompenso cardiaco dopo evento acuto". E il monitoraggio attivo per ICTUS cerebrale.

Relativamente ai dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedaliere, vedere tabella allegata.

Per quanto riguarda l’indicatore di inappropriatezza clinica nell’anno 2014 la Regione presenta una percentuale al di sopra del valore medio nazionale, confermando il trend positivo nel triennio 2012-2014.

Analogamente per l’indicatore relativo alle giornate di degenza a rischio di inefficienza la Regione non presenta alcuna variazione rispetto al valore nazionale e presenta un trend nel triennio positivo.

Per quanto riguarda l’indicatore percentuale dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa la Regione presenta una variazione positiva rispetto al valore Italia così come un andamento positivo negli anni 2012-2014.

aa1) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La regione Lombardia risulta sufficiente per 5 items su 5.

Per gli indicatori di performance si riscontra in particolare un livello di attività insoddisfacente per i controlli sanitari svolti sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione e per il controllo dei residui fitosanitari.

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 (sufficiente con un punteggio pari al 97,5% e sufficiente per 5 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Sulla base delle informazioni fornite dalla Regione, il valore assunto dall'indicatore "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini" calcolato per le sole strutture pubbliche è pari a 94, in miglioramento rispetto al 2013.

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 2014, del finanziamento programmato in corrispondenza del 14,85% (15,22% a fronte del 14,85%, dato ottenuto dalla somma dei tetti del 11,35% più il 3,5%).

Nel 2014 la spesa farmaceutica convenzionata è risultata pressoché invariata rispetto all'anno precedente, rimanendo sempre all'interno del tetto di spesa (10,78% del FSR al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci" a fronte del tetto del 11,35%); anche per la spesa farmaceutica ospedaliera si osserva nell'anno 2014 una sostanziale stabilità dell'incidenza della spesa sul FSR, rimanendo al di sopra del tetto di spesa programmato (4,44% 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.

La Regione dichiara che il risultato pressoché immutato dell'andamento della spesa farmaceutica regionale è stato conseguente all'effetto della riduzione, nel corso del periodo 2011-2014, dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale. Infatti, nel 2014 si osserva una invarianza di questa voce di spesa, dovuta ad un sostanziale aumento della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, oltre alla distribuzione dei 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 periodo 2011-2014, in gran parte collegato alla concentrazione in questo ambito assistenziale dell'acquisto di medicinali innovativi ad alto costo. 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, oncematologia e oculistica). Sono, inoltre, fornite metodologie di Health Technology Assessment (HTA) e di rispetto delle tempistiche di invio dei flussi della farmaceutica (File F e File R). La Regione non ha fornito alcuna 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 ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in anticipo rispetto a tutte le altre Regioni italiane.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 102% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2014.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 102% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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 raggiunto la copertura della Tab. 1G del Conto Annuale.

Si riportano (vedi tabella):

- i dati riferiti al numero di strutture complesse, ospedaliere e non ospedaliere, previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- i dati riferiti al numero di strutture semplici previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- il numero delle strutture complesse ospedaliere secondo lo standard, elaborato in riferimento ai posti letto ospedalieri pubblici (24.469 PL) attivi al 1 gennaio 2014
- il numero delle strutture complesse territoriali secondo lo standard, elaborato in riferimento alla popolazione residente (9.973.397 ab.) nella regione Lombardia per l'anno 2014 (Fonte ISTAT)
- il numero delle strutture semplici secondo lo standard.

Tipologia di incarico	N. Strutture regionali da Standard	Anno 2014	
		Numero strutture assegnate	Numero strutture previste
Strutture complesse ospedaliere	1.398	1319	1534
Strutture complesse non ospedaliere	738	260	301
Strutture semplici (incluse le strutture semplici a valenza dipartimentale)	2.798	2.706	3.205

Fonte: DGSISS-Ufficio di statistica. Elaborazioni dati del Conto Annuale del SSN, dei modelli di rilevazione HSP.11 e HSP.12, della Popolazione residente ISTAT. Anno 2014

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato già per la verifica 2013 di aver recepito 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".

aa0) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La Regione con DGR n. X/2989 del 23 dicembre 2014 ha recepito a livello regionale il documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

Allegati Lombardia

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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 FLS.11 (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 FLS.12 (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	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 1C bis rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	99,06%	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 STS.14 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	100,00%	2	1,0	
11	STS.21	1,5	%modelli STS.21 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 STS.24 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) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilimento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	95,75%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_livello\_di\_istruzione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_data\_prenotazione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_classe\_priorità}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_causa\_esterna}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	97,06%	2	1,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 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	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%	99,84%	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)	1,97	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	HSP.11/12	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)	1,99	2	4,0	
5	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	1,58	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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	1,98	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)	1,91	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)	1,99	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 HSP.24 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	1,91	2	1,0	

14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usl\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	92,97%	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		Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	2	2,0	
		25							47,0	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	44,0 - ADEMPIENTE
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	2	47,0 - 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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	91,2%	20
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	97,3%	20
U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	26,64%	36
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	6,20%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		91

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	13,0	13,5	12,9	13,5	12,6	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	9,2	10,5	8,7	10,0	7,0	9,9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	8,4	9,1	7,5	7,7	6,6	6,6

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 nonché 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. <u>Regioni dell'OM</u> ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. <u>Regioni dell'OM</u> <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN)
3	ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovinocaprine controllate (3%) per anagrafe ovinocaprina	≥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			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]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	PNA - 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 PNA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	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]	<i>non coerenti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	<i>≥ 95% dei controlli previsti</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni</i>	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni</i>	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.Lg.vo 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (10538 controlli su 23554 operatori pari al 45%)	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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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	<i><85% di bovini morti testati per BSE</i>	<i>≥ 85% di bovini morti testati per BSE</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>invio corretto e completo entro la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	<i>corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>invio corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	<i>corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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 oviceprine	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	<i>>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>	≤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]	<i>trend in aumento</i>	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]	<i>< dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	≥ 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. 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 2014	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione</i>	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	<i>validazione effettuata oltre la scadenza prevista</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	inviato, debitamente compilato, entro la data prevista	% di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte [vedere annotazione]	<i>numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>	numero di audit uguale o superiore al 30 % 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	<i>< 90% dei questionari di non conformità inseriti</i>	≥ 90% dei questionari di non conformità inseriti	referti rilasciati dal laboratorio entro i tempi indicati dal PNR 2014 per ciascuna delle categorie (10 giorni lavorativi per le sostanze di Cat. A e 30 giorni lavorativi per quelle di cat. B) [vedere annotazione]	<i>< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati</i>	≥ 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	<i>Mancanza di comunicazione del cellulare</i>	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]	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1 .</i>	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]	<i>arrivo dei dati oltre il termine</i>	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]	<i>> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	≤ 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	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	<i>meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	<i>tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	tabella inviata in modo corretto e completo e basata su attività di audit svolta nel 2014	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	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	trasmesso entro la data prevista	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti</i>	allegato 3 inviato, corretto e completo	2	12	
	TOTALE	100								195	

SUFFICIENTE con 97,5% e 5 indicatori vincolanti su 6



c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli previsti dall'adempimento in oggetto. Risultano pervenuti gli Allegati 5 e 6 del modello LA e la relativa riconduzione ai livelli di assistenza. Sono state eliminate inoltre le squadrature inizialmente rilevate tra i modelli LA e CE e sono stati quadrati i modelli CP.

Statistici

ADEMPIENTE

Si segnala, in via preliminare, che nella verifica degli adempimenti per l'anno 2013 la regione Marche era risultata adempiente con impegno a risolvere le criticità evidenziate sulla copertura e qualità dei dati del flusso informativo T1C bis – Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private).

Per l'anno 2014 la copertura e la qualità dei dati risultano buone; l'impegno per l'anno 2013 può ritenersi superato.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Marche con un punteggio pari a 192 (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) (già rilevata nel 2013), 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni), 3 Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, 6.3 Contaminanti negli alimenti di origine vegetale (già rilevata nel 2013), 10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti (già rilevata dal 2012), e 10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti (già rilevata dal 2012).

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2015, la regione Marche ha una dotazione di 5.758 posti letto, pari a 3,71 per 1.000 abitanti, di cui 3,08 per pazienti acuti (4.772 posti letto) e 0,64 per riabilitazione e lungodegenza (986 posti letto). La Regione non ha effettuato la validazione del flusso informativo HSP.12 per l'Azienda 201 "ASUR" in base dati 2015.

La dotazione di posti letto appare in linea con lo standard di riferimento. La Regione deve validare i flussi informativi, come sopra riportato.

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014) un Tasso di Ospedalizzazione totale costantemente ricompreso entro lo standard di riferimento: 146,2 nel 2012, 141,40 nel 2013 e 137,68 nel 2014.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è ricompresa entro il valore del 25% nei tre anni osservati; in particolare è pari al 23,51% nel 2014.

La Regione ha trasmesso la DGR n. 276/2014, inerente iniziative di riordino della rete ospedaliera con particolare riguardo alla riclassificazione degli ospedali e dei relativi ambiti e percorsi assistenziali; tale documento appare in linea con i disposti normativi nazionali di riferimento.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La regione Marche con una percentuale pari al 3,3% di DRG critici inferiore al valore mediano (8,8%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza.

Si segnalano criticità per i DRG 158, 245, 262 e 268 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

Dai dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 e pervenuti al Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica risulta che la Regione non raggiunge la percentuale di corretta compilazione per "Classe di priorità prestazione".

Nonostante non sia stata raggiunta la soglia del 90% di corretta compilazione dei campi, si è proceduto al calcolo degli indicatori relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (già previsti per l'anno 2013) e ai soli fini informativi RMN Colonna vertebrale, Ecografia ostetrico-ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia, la cui soglia è comunque soddisfacente.

La Regione non ha inviato il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto per l'anno 2014 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante. La percentuale di garanzia viene soddisfatta solo per il secondo semestre mostrando comunque un trend decisamente positivo.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

La regione Marche per l'anno 2014 raggiunge la soglia del 90% riguardo il campo "Data di prenotazione" e il campo "Classe di priorità" sia in Regime ordinario che Day Hospital.

Ai soli fini informativi, si è proceduto all'esame dei dati in possesso del Ministero relativamente ai tempi di attesa per intervento chirurgico mammella e intervento chirurgico tumore colon retto. Da fonte "Rapporto SDO anno 2014" risulta che l'attesa media in gg. per intervento Tumore mammella è di 30,8 gg. rispetto la media nazionale di 24,7 gg.; per intervento Tumore colon retto è di 20,1 rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

La Regione ha effettuato il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

Così come dichiarato dalla Regione, con Decreto n. 72/2014 "Linee di indirizzo regionali per la gestione delle sospensioni delle attività di erogazione" la Regione ha provveduto a fornire indicazioni per fronteggiare le sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

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 ha compilato la tabella attestante la verifica della presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web delle 4 strutture pubbliche (di cui 1 ASUR articolata in 5 aree vaste).

La Regione viene considerata adempiente; si suggerisce di consolidare le attività di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex post.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: MARCHE			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	248.065.249	8,65%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	3.800.392	0,13%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	4.836.777	0,17%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	780.996	0,03%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	88.239.983	3,08%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	27.264.170	0,95%
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)	27.264.170	0,95%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		326.887.067	11,40%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	2.868.423.236	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	325.566.037	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	1.321.030	0,05%
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)	0	0,00%
M=E-L Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione		326.887.067	11,40%
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)	246.393.185	8,59%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	16.547.911	0,58%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	2.536.516	0,09%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	12.367	0,0004%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	528.046	0,02%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		138.528.362	4,83%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	2.868.423.236	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	100.394.813	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri e medicinali senza AIC	1.046.000	0,04%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	6.114.000	0,21%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		162.236.273	5,66%
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	61.841.460	2,16%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione ha provveduto a trasmettere la DGR 141 del 2 marzo 2015, revocando la DGR 649 del 30 maggio 2014, con la quale viene nominato il responsabile dello stato di attuazione della contabilità analitica.

La Regione, inoltre, ha trasmesso una relazione che descrive lo stato di avanzamento dell'adozione della contabilità analitica. Il Sistema informativo amministrativo e del personale (SIA) è attualmente lo strumento adottato a regime per lo svolgimento uniforme da parte delle tre aziende ASUR, AO Ospedali Riuniti Marche Nord e AOU Ospedali Riuniti di Ancona, agevolando l'assolvimento dei compiti di programmazione e controllo in capo al Servizio Sanità e delle funzioni di supporto operativo in capo all'Agenzia Regionale sanitaria. Ancora sono in atto miglioramenti relativamente al raggiungimento degli obiettivi come la quadratura COGE-COAN attraverso l'individuazione di azioni che permettono la quadratura contabile di alcuni fattori produttivi. A tale proposito si chiedono chiarimenti in merito a cosa la Regione intenda con tali miglioramenti volti alla quadratura contabile attraverso apposite rilevazioni automatizzate e soprattutto a quanto è ancora in atto per il pieno raggiungimento di tale obiettivo.

Inoltre, si evince che l'Asur in particolare ha previsto interventi per la tenuta della contabilità del personale dipendente e convenzionato prevedendo il 31.12.2015 come scadenza per raggiungere tale obiettivo. La Regione dichiara che entro fine anno 2015 è prevista anche l'automatizzazione di un sistema unico integrato contabile dei ribaltamenti dei costi indiretti. Relativamente alla capacità di effettuare scambi interni, l'ASUR ha programmato l'acquisizione di un software unico per la gestione delle sale operatorie. La scadenza prevista è il 30.06.2016 essendosi verificato un ritardo nell'espletamento della gara. Alla luce di quanto dichiarato e dei miglioramenti messi in atto la Regione viene considerata adempiente.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso le delibere dell'A.O.U. Ospedali riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali riuniti Marche Nord; dell'ASUR e dell'Area vasta dell'Azienda Sanitaria unica Regionale. In base alle predette delibere vengono approvati i contratti dei Direttori Generali nei quali all'art. 8 si prevede la decadenza degli stessi richiamando l'art. 3 bis, comma 7, del decreto legislativo n. 502/92.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 79,9% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE

Il punteggio totale riportato dalla Regione è di 31 punti, così ripartiti:

- Offerta assistenziale: 9 punti
- Ripartizione degli oneri: 9 punti
- Cure domiciliari: 5 punti
- Cure residenziali: 8 punti.
- Cure semiresidenziali: 0 punti

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/Numero prese in carico con FLS.21 = 79%

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 = 83,73%

Esito: Adempiente

- Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti): 4,08
- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	
3.363	2,18	1.898	1,23	245	0,16	910	3.363	6.416

Dati aggiornati all'8.7.2015

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti(FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza= 2 (Assistenza Semiresidenziale)= 122,37%

Esito: Adempiente

Numero assistiti(FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza= 2 (Assistenza Residenziale)= 114,29%

Esito: Adempiente

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 5,50
- 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.
295	0,19	3297	2,13	923	0,60	4011	2,60	8386	5,52	51	0,03	70	0,05	121	0,08	8502

(*) 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, sulla base

del DGR 1621 del 10 settembre 2002, che ai fini della valutazione dell'adempimento può ritenersi idonea.

Sono stati previsti, inoltre, con DGR 709 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 state 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 96 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

La regione Marche per l'anno 2014 ha fornito le informazioni richieste.

Ha indicato le risorse finanziarie utilizzate dalla Regione in favore delle Aziende del SSR nel 2014 per la formazione continua del personale sanitario, i provider accreditati e il numero delle attività formative svolte.

Per quanto riguarda il Piano formativo regionale ha indicato gli estremi del provvedimento (DGRM n. 774 del 28.05.2013) con cui è stato approvato il piano di formazione regionale conseguente al piano socio-sanitario regionale 2012-2014, allegato al Questionario 2012.

Inoltre, con nota prot. 7652 del 31 luglio 2015 la Regione ha dichiarato che è stato modificato il tracciato regionale per consentire ai provider il completamento della trasmissione dei dati dei partecipanti agli eventi formativi al CoGeAPS, adeguandosi alla normativa in materia. La regione Marche fa riferimento alla relazione prot. 6126 del 2.07.2014, allegata al Questionario 2013, con cui descrive le modalità di gestione delle verifiche e dei controlli di competenza dell'Osservatorio regionale. A tal proposito si segnala l'importanza di avviare le attività di tale Organismo.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE

La Regione ha individuato e adottato numerosi PDTA sia in ambito ospedaliero che territoriale. Con Delibera n. 265 del 17.11.2014 ha fornito indicazioni per la predisposizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Piani integrati di cura (PIC).

La Regione dichiara di svolgere il monitoraggio dei PDTA in funzione della Delibera n. 265 sopra citata.

La Regione risulta adempiente; si resta in attesa di un riepilogo degli "atti formali" dei PDTA adottati e di acquisire in seguito le risultanze di quanto previsto dalla DGR 265/2014.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione dichiara di garantire prestazioni aggiuntive in diverse aree assistenziali; trasmette con nota del 29 settembre 2015 il provvedimento ricognitivo sui livelli essenziali aggiuntivi erogati con l'indicazione dei relativi finanziamenti per un totale di € 1.486.609,87.

Nella nota si specifica, altresì, che i costi sostenuti dalle Aziende sanitarie, indicati nell'Allegato 5 al modello LA, relativi ad una serie di prestazioni indicate (tra le quali non sono incluse quelle

aggiuntive di cui sopra e che, invece, risultano appunto dal modello LA), sono corrispondenti a prestazioni non finanziate da contributi regionali (€599.000).

Dall'Allegato 5 al modello LA risultano erogate le seguenti prestazioni per un totale di € 2.819.000:

- vacc. non obbl. per soggiorni estero
- certificazioni mediche
- medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale
- laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia
- assegno di cura
- ausili tecnici non in nomenclatore tariffario, materiale d'uso e di medicazione
- prodotti apoteici
- farmaci di fascia C per persone affette da malattie rare
- rimborsi per spese di viaggio e soggiorno per cure
- prestazioni ex ONIG a invalidi di guerra
- altre prestazioni escluse dai Lea - altro.

In seguito ad una richiesta informativa, con nota del 18 novembre 2015, la Regione invia un nuovo provvedimento ricognitivo.

Nel primo prospetto del provvedimento sono indicati, per ciascun livello aggiuntivo, l'importo del finanziamento (per un totale di € 1.486.609,87) e l'importo risultante dal modello LA (per un totale di € 1.228.000).

La Regione riconferma, inoltre, che alcune prestazioni indicate nel modello LA (riportate nel secondo prospetto del provvedimento ricognitivo ed ulteriori rispetto a quelle indicate nel primo prospetto) "non sono finanziate da contributi regionali". Si tratta, in particolare, di prestazioni erogate per un totale di € 840.000.

A quest'importo vanno aggiunti € 826.285,30 relativi al costo sostenuto dalle Asl (ed indicato nel modello LA) per pagamento di assegno di cura anno 2014.

La Regione, dunque, dichiara che nel modello LA sono state inserite prestazioni per un totale di € 2.894.285,3.

Nel modello LA aggiornato, risultano effettivamente, erogate prestazioni per un totale di € 2.894.000.

In seguito alla richiesta di chiarimenti in ordine alle previsioni normative ed alle fonti di finanziamento dei livelli aggiuntivi indicati nel secondo prospetto del provvedimento ricognitivo per un totale di € 840.000, la Regione ha trasmesso una nota del 9 dicembre 2015, con la quale fornisce i chiarimenti richiesti in ordine alla fonte di finanziamento delle prestazioni indicate nel secondo prospetto del provvedimento ricognitivo (€ 840.000).

La Regione, in particolare, dichiara che le prestazioni di cui sopra sono finanziate dal "privato pagante".

La Regione viene considerata adempiente con impegno a compilare correttamente i modelli LA eliminando le prestazioni non riconducibili a livelli ulteriori, quali quelle con oneri a carico dell'assistito (privato pagante).

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE

La regione Marche dichiara di aver recepito l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, con DGRM n. 1065 del 15.07.2013.

La Regione ribadisce "la conclusione dell'unica procedura che risultava ancora pendente relativamente al rilascio dell'accREDITamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private". Per quanto riguarda i servizi trasfusionali e le unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti, la Regione chiarisce che "è stato pressoché completato il processo di autorizzazione e di accREDITamento delle strutture private e pubbliche".

E' in corso di definizione la procedura relativa all'ultima struttura rimasta.

La Regione ha inoltre avviato una prima attività di aggiornamento dei propri manuali relativi all'accreditamento secondo le risultanze dell'Intesa del 20 dicembre 2012.
Si chiedono chiarimenti sull'iter riguardante la struttura ancora non definita.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali dichiarando che alla data del 31 dicembre 2014 non erano in corso, né avviate o concluse sperimentazioni gestionali.

Con riferimento alla sperimentazione tra ASUR-Area Vasta n.1 e Società Montefeltro Salute s.r.l., ad integrazione della documentazione già trasmessa per l'anno 2013, la Regione ha trasmesso due atti normativi in merito alla valutazione di inserimento a regime ordinario delle prestazioni sanitarie rese nel contesto della sperimentazione gestionale.

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, ed il service di laboratorio.

In merito alla medicina di laboratorio ha risposto a tutti i quesiti; ha inoltre inviato una nota integrativa al fine di fornire informazioni in merito al ritardo del processo di aggregazione dei laboratori privati. Infine, ha fornito una relazione illustrativa dello stato dell'arte del processo di riorganizzazione al 31 dicembre 2014.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La regione Marche in data 10 giugno 2015 ha trasmesso il Report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2014, le Tabelle 1 e 2 previste dalla Circolare Mds n. 5865 del 1 marzo 2013 "Riconoscimento attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche".

In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 21.746 controlli, pari al 10,40% del totale mentre, effettua per le strutture private accreditate 3.867 controlli, pari al 12,88%; delle cartelle controllate non sono state confermate il 16,93% delle cartelle per le strutture pubbliche ed il 11,95% per le strutture private accreditate.

In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) la Regione complessivamente assicura per le strutture pubbliche e per le strutture private una percentuale di controlli pari ad almeno il 2,5% della totalità delle cartelle cliniche.

Per quanto riguarda il dettaglio dell'impatto economico dei controlli sanitari e le misure adottate, la regione invia una relazione dettagliata CVPS (Controllo e Verifica Prestazioni Sanitarie) dell'ASUR.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

In via preliminare si evidenzia che, in sede di verifica 2013, la regione Marche era stata considerata adempiente con impegno a provvedere, nell'ambito della rete di terapia del dolore, all'identificazione dei centri Hub & Spoke e delle relative prestazioni erogate.

In riferimento all'anno 2014, con riguardo alla istituzione della rete assistenziale palliativa si segnala che la stessa risultava già istituita formalmente in sede di verifica 2013.

Si considerano esaustive la modalità divulgative via web adottate dalla Regione; si chiede di conoscere se siano previste iniziative volte ad omogeneizzare i contenuti informativi dei siti aziendali.

In riferimento alla formazione degli operatori sulla rete assistenziale palliativa in considerazione che il piano di formazione è stato sviluppato ed adottato nell'anno 2013, si chiede un aggiornamento sullo stato dell'arte.

In relazione alla tabella degli indicatori si evidenzia che, pur permanendo alcuni scostamenti rispetto allo standard di riferimento, questi risultano sostanzialmente in linea con gli standard di riferimento.

Con riguardo alla formale istituzione della rete di terapia del dolore, si è presa visione della DGRM 325/2015 recante "Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale della terapia del dolore" che, tuttavia, si chiede alla Regione di individuare con chiarezza le strutture aventi ruolo di Hub e di Spoke nell'ambito della rete di terapia del dolore.

Nel mese di ottobre 2015 la Regione trasmette documentazione integrativa, fornendo i chiarimenti richiesti.

La Regione viene considerata adempiente; parimenti, si considera superato l'impegno per l'anno 2013.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2014 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 STS.11: 6/6 (100%).

AO.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso la documentazione inerente le disposizioni alle aziende per la rilevazione del parametro "dolore" in cartella clinica. 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

La Regione ha dimesso dagli OPG una percentuale di pazienti pari al 100% e ha formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 3-ter della Legge n. 9/2012 e s.m.i.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso in data 30 settembre 2015 Il Questionario compilato nella sezione dedicata al Rischio clinico. Dagli elementi forniti la Regione risulta adempiente per il Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali, la Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici, la Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti e il Monitoraggio dell'adozione della Checklist in sala operatoria. Si fa presente che per quanto riguarda la Prevenzione delle cadute e il Monitoraggio degli eventi sentinella tramite SIMES la Regione ha inviato documentazione riferita all'anno 2015 e non all'anno 2014.

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

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione non aveva inizialmente fornito gli indicatori di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010. Successivamente, con la trasmissione di documentazione integrativa, ha fornito le informazioni richieste.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM/Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 230,18%

Esito: Adempiente.

Si riscontra un parziale invio di dati STS.24 che comporta un notevole disallineamento con la fonte SISM.

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

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella.

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
19	4514	1510	5127	3544	2118	152	408	199	220	17811

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 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014/Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 127,8%

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: 95,9%

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): 627

- Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,90

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

La Regione ha effettuato 12 visite di verifica su 12 Servizi Trasfusionali, rilasciando i decreti di autorizzazione, e 53 visite di verifica su 54 Unità di Raccolta, rilasciando i decreti di autorizzazione. Sono state autorizzate 47 UdR e accreditate 8.

La Regione ha inoltre definito il programma annuale per l'autosufficienza regionale del sangue e dei suoi prodotti, anno 2014, con propria delibera regionale.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

La regione Marche, come evidenziato dai dati rilevati a cura del Ministero (CEDAP e modelli NSIS HSP.11 - Dati anagrafici delle strutture di ricovero e HSP.11 bis - Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero), ha tuttora un solo PN, quello di Fabriano, il cui volume di parti si attesta al di sotto dei 500/anno e la cui persistenza viene giustificata dalla Regione con la presenza di difficoltà logistiche legate alla viabilità che rendono disagiata il raggiungimento di altri Punti nascita.

La Regione, come attestato dalla documentazione inviata, ha provveduto alla costituzione dei Comitati percorso nascita aziendali sulla base della propria organizzazione.

Tutto ciò premesso, la Regione è considerata adempiente, rappresentando, tuttavia, che, nel caso in cui la regione Marche dovesse continuare a mantenere in attività il PN di Fabriano, dovrà, con istanza motivata, richiedere il parere del Comitato Percorso Nascita Nazionale.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La Regione conferma per l'anno 2014 le informazioni relative all'assetto del sistema di Emergenza/Urgenza ospedaliero, articolato su 4 Aziende sanitarie di cui 1 sola ASL (ASUR) a sua volta articolata in 5 aree vaste, 1 AOU, 1 Az. Ospedaliera e 1 istituto nazionale per anziani, distinto per complessità dei Presidi ospedalieri in 1 DEA di II livello, 12 DEA di I livello, 28 PS e 12 Punti di Primo Intervento ospedalieri e territoriali.

A livello territoriale sono confermate le 4 Centrali Operative che nel corso del 2014, a seguito dell'istituzione dell'ASUR, sono state individuate come Unità Operative complesse nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale dell'Azienda. Non viene indicata alcuna ipotesi di riduzione del numero delle CO 118.

Sono ancora in corso le attività relative alla riorganizzazione funzionale e strutturale della rete delle postazioni di soccorso territoriale, l'integrazione funzionale con il servizio di Continuità assistenziale e la riorganizzazione dello stesso, anche in attuazione di quanto previsto dall'Accordo del 7 febbraio 2013. A tal proposito la regione fornisce il cronoprogramma delle iniziative previste.

In merito al Servizio di Elisoccorso la Regione, che dispone di due aeromobili, informa di aver stipulato un Protocollo di intesa, approvato con DGR 147/2014, con la regione Umbria per regolamentare l'utilizzo dell'elisoccorso con base a Fabriano nell'ambito delle due Regioni.

In riferimento alle reti ad alta complessità tempo dipendenti, la Regione ribadisce anche per il 2014 che, essendo in atto la graduale implementazione dell'attività, non ha ancora effettuato il monitoraggio e che i risultati saranno trasmessi appena disponibili.

Con successivo invio, la Regione ha confermato la maggior parte dei dati già inviati.

E' necessario tuttavia acquisire ad integrazione anche informazioni su:

- lo stato di avanzamento della riorganizzazione delle postazioni territoriali del 118 e del servizio di Continuità assistenziale
- i risultati dei monitoraggi effettuati per la verifica dell'efficacia dei percorsi delle reti delle patologie tempo dipendenti
- l'attività svolta nell'ambito del servizio di elisoccorso, alla luce del protocollo stipulato con la regione Umbria (interventi primari e secondari).

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP.24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP.24: 100,58%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/totale record inviati: 99,24%

Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 340,97

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

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
44776	8,50%	320591	60,85%	117455	22,29%	9840	1,87%	438	0,08%	33754	6,41%	526854

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		Totale		G		R		N		N.A.		
73502	13,95%	355001	67,38%	67123	12,74%	7023	1,33%	554	0,11%	23651	4,49%	526854

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014/N. di interventi al 118 anno = 97,75%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

data/ora inizio chiamata corretta = 100%

data/ora arrivo mezzo di soccorso = 96,57%

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), lo stesso dell'anno 2013.

aah) Cure primarie

Prosegue il processo di riorganizzazione delle Cure Primarie che, sulla scorta degli AAIIRR relativi agli anni 2007, 2009 e 2011, ha visto l'istituzione delle Equipe Territoriali, l'adesione alle quali è obbligatoria per la totalità dei MMG e dei PLS. Attualmente nell'Azienda Unica Regionale sono operanti n. 56 Equipe territoriali di cui 41 con la presenza di 183 Pediatri di Libera Scelta (PLS) e degli specialisti ambulatoriali (MSA). Le Equipe Territoriali sono caratterizzate da una organizzazione funzionale autonoma che, nella condizione organizzativa di base (monoprofessionale) è riconducibile alle AFT mentre nelle forme più avanzate dell'associazionismo (medicina di gruppo) potranno costituire le UCCP. Infatti con la DGR 452/2014 la Regione prevede 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 (monoprofessionale) a quelle con strutturazione maggiore (medicina di gruppo) a quelle con la massima strutturazione (sociassistenziale) come le Case della Salute. Nel corso dell'anno 2014 sono state attivate ulteriori 10 Case della Salute rispetto alle 11 già operanti nel 2013. E' inoltre prevista la realizzazione di altre 13 Case della salute derivanti dal processo di riconversione di altrettanti piccoli ospedali, come indicato nella DGR 735/2013, fino ad un totale complessivo di 36/39 strutture nel triennio 2014-2017. La Regione fornisce altresì l'elenco dei principali servizi attivati nell'ambito di ogni Casa della Salute per garantire la continuità assistenziale (PUA e Ambulatori CA). Allo stato attuale non sono state costituite le UCCP anche se riconducibili al modello Casa della Salute, ed è stato definito il modello organizzativo delle Cure Intermedie basato su nuclei residenziali che rappresentano un punto di snodo fondamentale nella Continuità assistenziale. Relativamente agli indicatori richiesti risulta che il 100% dei MMG partecipa alle AFT.

Dalla nota pervenuta si evincono sia i riferimenti degli atti formali di programmazione relativi all'istituzione delle AFT e del modello organizzativo Casa della Salute (DGR 735/2013) che lo stato di attuazione del processo di riorganizzazione delle Cure primarie avviato.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione ha inviato la documentazione relativa ai report delle attività di ricovero 2014 per i pazienti con frattura del femore, ictus, carcinoma mammario, artroprotesi del ginocchio e dell'anca. Relativamente ai dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedaliere, vedere tabella allegata.

La Regione presenta per l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2014 un posizionamento negativo percentuale al di sopra del valore medio nazionale e un trend in peggioramento.

Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza, presenta un posizionamento negativo rispetto al valore Italia e una variazione negativa nel triennio 2012-2014. Per quanto riguarda l'indicatore dei ricoveri ad alto rischio di inappropriata organizzativa, la Regione presenta un posizionamento al di sotto del valore medio nazionale e un trend in miglioramento nel triennio.

La Regione trasmette documentazione integrativa, in particolare la nota prot. 12202/2015 in cui vengono riportati gli obiettivi sanitari degli enti del SSR delle Marche per l'anno 2015. Negli obiettivi sono stabilite per tutte le aziende le linee guida per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri in riabilitazione, sia per quanto riguarda la riduzione della percentuale di giornate di degenza potenzialmente inefficienti sia per garantire una maggiore appropriatezza delle prestazioni di riabilitazione in regime di ricovero.

Pertanto, riscontrato l'impegno in materia di appropriatezza delle prestazioni di riabilitazione, la Regione si può ritenere adempiente con l'impegno a perseguire con azioni incisive al raggiungimento degli obiettivi 2015.

aa) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La regione Marche risulta sufficiente per 5 items su 5.

Per gli indicatori di performance si riscontra in particolare un livello di attività insoddisfacente per i controlli sanitari svolti 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 al 86% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte nonché della percentuale dei campioni svolti dal Piano Nazionale per la ricerca dei Residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (PNR).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

L'indicatore "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini" è pari a 36,7%, costante rispetto al 2013.

La Regione in data 13.11.2015 ha inviato alcune integrazioni in merito alla modalità di rilevazione del suddetto indicatore per l'anno 2014, rispetto a quanto rilevato per l'anno 2013.

Dall'analisi di detta documentazione e sulla base di chiarimenti forniti per le vie brevi, si ritiene il valore dell'indicatore per l'anno 2014 in miglioramento rispetto all'anno precedente.

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 nel governo della propria spesa farmaceutica regionale rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 14,85% del FSR (18,01% 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.

L'incidenza della spesa farmaceutica territoriale sul FSR è rimasta sostanzialmente invariata nel corso del 2014 rispetto all'anno precedente, nonostante le diverse deliberazioni emanate in questo ambito assistenziale; le azioni intraprese dalla regione Marche nel corso del 2014 riguardano le disposizioni relative alla promozione dell'appropriatezza e razionalizzazione d'uso dei farmaci e relativo monitoraggio.

E' stata promossa l'incentivazione all'uso dei farmaci con brevetto scaduto e all'utilizzo dei farmaci biosimilari, in ambito reumatologico, gastro-enterologico e dermatologico.

Sono, inoltre, state dettate le disposizioni per l'individuazione di Centri autorizzati alla prescrizione di specifici principi attivi (medicinali con PT), oltre alla gestione e alla prescrizione di medicinali ad alto costo, quali l'Ormone Somatotropo, farmaci oncologici e la nuova terapia per l'epatite cronica C.

La Regione ha nominato le Commissioni regionali per l'appropriatezza terapeutica (CRAT) e di Area Vasta (CTAV), definendo la composizione, le competenze e la durata delle nomine.

Per quanto concerne il rinnovo del protocollo per la Distribuzione per conto con la filiera distributiva, il corrispettivo per il servizio è stato stabilito in 3,50 euro per confezione, incrementato di 0,50 per le farmacie rurali sussidiate.

La Regione non ha fornito alcuna valutazione dell'impatto economico osservato derivante dall'applicazione di tali atti regionali.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la regione Marche, nonostante nel corso del 2014 mostri in questo ambito assistenziale una spesa che si attesta intorno ai 138 milioni di euro, in riduzione rispetto al 2013 (140 milioni 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 Marche si è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero di livello regionale aggiornato con cadenza semestrale nel 2014, trasmettendolo all'AIFA.

Infine, la regione Marche ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in linea con la media delle altre Regioni italiane.

Nonostante i rilevanti sforzi di governo dell'assistenza farmaceutica regionale, l'obiettivo di pareggio della spesa farmaceutica rispetto ai tetti è ancora molto distante.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 93% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 95,5% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2014.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 93% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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 DGRM n. 423 del 07.04.2014 schema di protocollo d'intesa tra la Giunta regionale, gli enti del Servizio Sanitario Regionale e le Organizzazioni sindacali dell'area della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, la DGRM n. 1219 del 27.10.2014 concernente il riordino delle reti cliniche e la deliberazione n.551 del 17.4.2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture.

Inoltre la Regione trasmette copiosa documentazione già allegata per le verifiche 2012 e 2013.

La regione Marche ha integrato i dati della tabella 1G per le strutture che inizialmente risultavano non pervenute.

Si riportano (vedi tabella):

- i dati riferiti al numero di strutture complesse, ospedaliere e non ospedaliere, previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- i dati riferiti al numero di strutture semplici previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- il numero delle strutture complesse ospedaliere secondo lo standard, elaborato in riferimento ai posti letto ospedalieri pubblici (4.858 PL) attivi al 1° gennaio 2014
- il numero delle strutture complesse territoriali secondo lo standard, elaborato in riferimento alla popolazione residente (1.553.138 ab.) nella regione Marche per l'anno 2014 (Fonte ISTAT)
- il numero delle strutture semplici secondo lo standard.

Tipologia di incarico	N. Strutture regionali da Standard	Anno 2014	
		Numero strutture assegnate	Numero strutture previste
Strutture complesse ospedaliere	278	277	431
Strutture complesse non ospedaliere	170	109	155
Strutture semplici (incluse le strutture semplici a valenza dipartimentale)	586	736	948

Fonte: DGSISS-Ufficio di statistica. Elaborazioni dati delle fonti informative: Conto Annuale del SSN, modelli di rilevazione HSP.11 e HSP.12, Popolazione residente ISTAT. - Anno 2014

Dai dati risulta che la Regione per le strutture previste risulta sovradimensionata rispetto allo standard con un eccesso di strutture complesse ospedaliere pari a 153 e di strutture semplici pari a 362.

Si invita la Regione a procedere per le suddette strutture previste ad un allineamento agli standard nazionali.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato già per la verifica 2013 di aver recepito l'Accordo del 6 dicembre 2012, ai sensi dell'articolo 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".

aa0) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La regione con DGR n.1034 del 15 settembre 2014 ha recepito il documento: “Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali”, sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

Allegati Marche

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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 FLS.11 (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 FLS.12 (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	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 1C 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 STS.14 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	100,00%	2	1,0	
11	STS.21	1,5	%modelli STS.21 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 STS.24 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) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilimento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_livello\_di\_istruzione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_data\_prenotazione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_classe\_priorità}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_causa\_esterna}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	97,88%	2	1,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 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%	99,42%	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	HSP.11/12	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	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	2,00	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)	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 HSP.24 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 $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usl\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	95,86%	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		Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	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	Iperplasia 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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	97,6%	20
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	82,1%	20
U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	22,38%	41
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	5,30%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		96

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	11,5	13,5	10,8	13,5	12,6	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	8,9	10,5	7,2	10,0	4,2	9,9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	10,9	9,1	9,4	7,7	10,4	6,6

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. <u>Regioni dell'OM</u> ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. <u>Regioni dell'OM</u> <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN)
3	ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende oviceprine controllate (3%) per anagrafe oviceprina	≥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			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]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	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]	<i>non coerenti</i>	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 controlli [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	≥ 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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni (flusso non alimentato dal 16/01 al 05/06)	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni</i>	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.Lg.vo 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	<i>Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>	Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	2	10	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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , e nei tacchini da riproduzione e ingrasso [vedere annotazione]	<i>< 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"</i>	<i>≥ 90% delle registrazioni dei campionamenti inseriti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per ciascuno dei piani applicabili, e validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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	<i><85% di bovini morti testati per BSE</i>	<i>≥ 85% di bovini morti testati per BSE</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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 animali non corrispondente)	<i>corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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	<i>>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>	≤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'ISLER; [vedere annotazione]	<i>trend in aumento</i>	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 (0,86%)	<i>≥ dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	1	6	
15	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003. 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 2014	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione</i>	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	<i>validazione effettuata oltre la scadenza prevista</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	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 audit su 89 operatori pari al 9%)	<i>numero di audit uguale o superiore al 30 % del totale del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>	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% <i>dei questionari di non conformità inseriti</i>	≥ 90% dei questionari di non conformità inseriti	referti rilasciati dal laboratorio entro i tempi indicati dal PNR 2014 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 (41,2% per Cat. A)	≥ 50% <i>dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati</i>	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	<i>Mancanza di comunicazione del cellulare</i>	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]	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1 .</i>	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, maggiore di 1</i>	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]	<i>arrivo dei dati oltre il termine</i>	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]	<i>> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	≤ 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	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento o condizionato	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04 (78,26%)	<i>almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	<i>tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2014	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	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	trasmesso entro la data prevista	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti</i>	allegato 3 inviato, corretto e completo	2	12	
TOTALE		100								172	

SUFFICIENTE punteggio pari al 86% e 4 indicatori vincolanti su 6



c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati richiesti e ha garantito la qualità degli stessi.

Statistici

INADEMPIENTE

Si segnala, in via preliminare, che nelle verifiche per gli anni 2012 e 2013 la regione Molise risulta inadempiente per le criticità evidenziate sulla copertura e qualità sia per i nuovi campi della SDO (DM 135 del 8.07.2010) sia per il flusso informativo CEDAP – Certificato di Assistenza al Parto.

Per quanto attiene alle criticità sulla compilazione dei nuovi campi della SDO, la Regione ha inviato il 29 luglio 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 molto al di sotto della soglia fissata per l'adempimento negli ospedali pubblici. Questo determina che il livello di copertura raggiunto per il 2014 è complessivamente ancora insufficiente. La qualità dei dati risulterebbe buona, tuttavia si evidenziano criticità relativamente ai nuovi campi della SDO.

La Regione deve inoltre validare i dati ai sensi del DM 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 Molise con un punteggio pari a 159 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente con impegno". Si segnalano tuttavia 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 dal 2012), 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano, 6.3 Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23.12.1992) (già rilevata nel 2013), 9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti (già rilevata nel 2013), 10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti (già rilevata dal 2012), 10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti (già rilevata nel 2013).

Per quanto concerne l'indicatore 18 Percentuale parti cesarei primari la Regione ha trasmesso la nota prot. n. 85981 del 29.07.2015 in cui si descrivono in sintesi le azioni che la Regione intende porre in atto per la riduzione dei parti con taglio cesareo. Gli effetti di tali azioni saranno valutati nel corso della verifica 2015. Considerando che la Regione è in Piano di rientro si rinvia agli obiettivi stabiliti dal Piano stesso.

La regione Molise trasmette in data 18 novembre 2015 documentazione integrativa, in particolare la nota prot. 12988; in proposito si rappresenta che il calcolo dell'indicatore di cui al punto 5.3 della Griglia Lea è basato sulle istruzioni impartite con nota DGSAF n. 17009 del 29.9.2011 concernente tali controlli. In particolare, per gli aspetti che qui interessano, il calcolo per la verifica dell'indicatore viene effettuato a partire dai dati estratti dalla Base Dati nazionale, contando le checklist di controllo ufficiale in essa caricate. Peraltro la scadenza per la registrazione delle checklist in Base Dati nazionale è il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di esecuzione dei controlli. Infine vi è da considerare che la valutazione non può essere divergente rispetto a quella che potrebbe svolgere l'Organismo Pagatore ai fini della condizionalità.

Considerando che la Regione è in Piano di rientro si rinvia agli obiettivi stabiliti dal Piano stesso.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

INADEMPIENTE

In via preliminare si segnala che nelle verifiche 2012 e 2013 la regione Molise era stata considerata inadempiente con rinvio al Piano di rientro, mostrando una dotazione di posti letto superiore rispetto allo standard previsto dalla normativa vigente, che per il 2013 era 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 2015, la regione Molise ha una dotazione di 1.424 posti letto, pari a 4,54 per 1.000 abitanti, di cui 3,64 per pazienti acuti (1.140 posti letto) e 0,91 per riabilitazione e lungodegenza (284 posti letto). Si rileva che non è stata effettuata la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13 in base dati 2013 e 2015. La Regione deve superare le criticità presenti nella base dati nazionale.

F.2

INADEMPIENTE

In via preliminare si evidenzia che la regione Molise risulta inadempiente con rinvio al Piano di rientro per gli anni 2012 e 2013, mostrando per il 2013 un tasso di ospedalizzazione totale di 174,19 e una quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno del 31,33%.

Relativamente all'anno 2014, la base dati nazionale fa osservare nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014) un tasso di ospedalizzazione totale di 178,77 nel 2012, di 174,19 nel 2013 e di 171,21 nel 2014.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, essendo pari al 32,9% nel 2012, al 31,33% nel 2013 e al 31,63 nel 2014.

g) Appropriatezza

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La regione Molise con una percentuale pari al 27,3% di DRG critici si colloca nell'area dell'inadempienza.

Si segnalano criticità per i DRG 040, 139, 162, 163, 252, 254, 268, 281, 323, 333, 352, 360, 369, 381, 410, 465 e 467 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

INADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

Dai dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 e pervenuti al Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica risulta che la percentuale di corretta compilazione dei campi non raggiunge la soglia prevista. Si segnalano per i campi Classe di priorità e Garanzia tempi attesa una percentuale dello 0%.

Relativamente al calcolo degli indicatori relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (già previsti per l'anno 2013) e, ai soli fini informativi, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica-Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia, non è possibile calcolare gli indicatori previsti.

La Regione ha inviato il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto per l'anno 2014 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante. Non è possibile calcolare la percentuale di garanzia per ambedue i periodi indice e per ambedue le classi di priorità.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

La Regione non raggiunge per l'anno 2014 la soglia del 90% riguardo il campo Data di prenotazione e il campo Classe di priorità sia in Regime ordinario che Day Hospital.

Da fonte "Rapporto SDO anno 2014" risulta che l'attesa media in gg. per intervento Tumore mammella è di 19,4 gg. rispetto la media nazionale di 24,7 gg.; per intervento Tumore colon retto è di 11,3 gg. rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

Dai dati pervenuti risulta che la Regione non effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

La Regione dichiara di non aver fornito indicazioni per fronteggiare i casi di sospensione della erogazione di prestazione (analogamente all'anno 2013).

La Regione comunica che non è venuta a conoscenza della eventuale sospensione dell'attività di prenotazione.

H.5 Monitoraggio PDT complessi

Dai dati pervenuti risulta che il monitoraggio è stato effettuato.

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

La Regione ha compilato la tabella attestante la verifica della presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web dell'Azienda erogatrice.

La Regione deve superare le criticità emerse per i punti H.1, H.2, H.3 e H.4

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: MOLISE			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	46.826.576	8,04%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	747.166	0,13%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	974.683	0,17%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	206.371	0,04%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	17.990.904	3,09%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	9.245.966	1,59%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	3.314.549	0,57%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	5.931.417	1,02%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		66.203.810	11,37%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	582.251.408	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	66.085.535	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	118.275	0,02%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		3,6%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
M=E-L Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione		66.203.810	11,37%
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)	44.719.289	7,68%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	2.381.321	0,41%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	383.808	0,07%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	4.184	0,0007%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	64.103	0,01%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		23.894.969	4,10%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	582.251.408	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	20.378.799	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	446.000	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)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		26.722.290	4,59%
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	6.343.491	1,09%

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

Nonostante la Regione abbia inviato la scheda Co.An, dalla quale risulta che ha raggiunto tutti gli obiettivi, da una nota trasmessa nel mese di ottobre 2015, si evince chiaramente che sussistono ancora criticità; ad esempio, non è ancora possibile imputare correttamente con drivers di ribaltamento quei valori che per loro natura non sono rilevati in contabilità generale, se non nel momento delle scrittura di chiusura dei conti, e che spesso vengono imputati ai centri di costo comuni.

Si chiede pertanto alla Regione di motivare la dicotomia tra la scheda Co.An e quanto contenuto nella suddetta nota.

Rispetto al passato, comunque, la Regione dichiara che sono stati rilevati miglioramenti grazie a verifiche comparate per la corretta imputazione dei costi agli specifici centri, sia da parte dei processi di contabilità di magazzino sia da parte di quelli relativi alla contabilità generale. E' in programma, inoltre, un "censimento" del personale per una corretta imputazione dello stesso ai centri di costo. Per quanto riguarda la capacità di quantificare gli scambi interni è stato disciplinato un sistema di prestazioni intermedie ospedaliere e dei servizi di laboratorio e radiologia attraverso flussi informativi differenziati per ognuno di essi al fine di ricondurli all'unità operativa centrale. Tutte le prestazioni rilevabili sono in gran parte riconducibili per codifica al tariffario regionale, quantificando sia i volumi che i valori.

Quanto esposto, tuttavia, contrariamente a quanto risulta dalla nota prima citata, costituisce un insieme di azioni da intraprendere dal primo trimestre 2016 al fine di implementare la contabilità analitica, attraverso il ricorso al finanziamento previsto dall'art. 79 comma 1 sexies della Legge n. 133/2008. Da quanto risulta dalla dichiarazione della Regione, quindi, si sta procedendo ad un'attività di implementazione della contabilità analitica senza far alcun cenno al precedente impianto. Si chiede, pertanto, di conoscere il cronoprogramma definito a livello di Azienda e di Regione che indichi lo stato implementativo del processo della contabilità analitica in corso.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione, in base alla delibera 453 del 27.09.2015, in esecuzione della quale è stato stipulato il contratto per il conferimento dell'incarico del Direttore Generale della Azienda Sanitaria Regionale del Molise, risulta adempiente. All'art. 5 comma 3 del contratto medesimo viene infatti stabilito che il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi del NSIS costituisce grave inadempienza ai fini della confermabilità dei Direttori generali, come previsto dall'art 3 comma 8 dell'Intesa Stato-Regioni 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 2014, 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 65,2% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

INADEMPIENTE

La Regione non ha trasmesso alcuna documentazione che consenta di ritenere superate le inadempienze degli anni 2012 e 2013, le cui criticità rilevate riguardano:

- 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
- con riferimento ai trattamenti di lungoassistenza per anziani si prende atto della revoca del rapporto convenzionale alle strutture socio-assistenziali, tuttavia sembrerebbe che la ASREM stia continuando a pagare la retta.

Relativamente alla verifica per l'anno 2014, il punteggio attribuito alla Regione è di 5 punti, così ripartiti:

Offerta assistenziale: 0 punti

Ripartizione degli oneri: 0 punti

Cure domiciliari: 5 punti

Cure residenziali: 0 punti

Cure semiresidenziali: 0 punti

La Regione non raggiunge il punteggio totale minimo di 18 punti.

Le criticità maggiori e specifiche per l'anno 2014 riguardano:

- l'assenza di trattamenti residenziali e semiresidenziali per pazienti disabili sul territorio
- l'assenza di indicazioni circa la compartecipazione agli oneri per i trattamenti residenziali e semiresidenziali alle diverse tipologie
- l'assistenza residenziale e semiresidenziale: i dati del flusso FAR evidenziano una assistenza sotto soglia in quasi tutti i livelli di intensità assistenziale (R2: 0.05 vs. 1.27; R2D: 0.00 vs. 0.11; R3: 0.01 vs. 0.66; SR1: 0.00 vs. 0.06; SR2: 0.00 vs. 0.06)

La Regione deve risolvere le criticità rilevate a partire dall'anno 2012.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2014 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 = 130%

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 = 75,92%

Esito: Adempiente

- Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 7,45

- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	
1.175	3,75	749	2,39	95	0,30	373	1,19	2392

Dati aggiornati all'8.7.2015

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti(FAR)/Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G - Tipo assistenza= 2 (Assistenza Residenziale)= 128,85%

Esito: Adempiente

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 0,21
- 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.
49	0,16	15	0,05	0	0,00	3	0,01	67	0,21	0	0,00	0	0,00	0	0,00	67

^(*) 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 DCA n. 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 e con un abbattimento previsto dopo la soglia del 40,25%.

u) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell’adempimento per la regione Molise risulta pari a 96 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

In via preliminare si rappresenta che la regione Molise ha superato la criticità segnalata nella verifica 2013, in quanto dichiara che dal 2 maggio 2014 i provider regionali provvedono alla doppia trasmissione al CoGeAPS e all’Ente accreditante di tutti i dati dei partecipanti agli eventi formativi attraverso la piattaforma informatica, come previsto dalla normativa.

La Regione ha inviato l’elenco dei provider regionali accreditati nel 2014 e ha indicato le risorse finanziarie utilizzate per la formazione erogata dalle Aziende del Servizio sanitario regionale.

Con DGR n. 24 del 20 gennaio 2015 è stato approvato il Piano Regionale di Formazione Continua in Sanità per gli anni 2014-2017 individuando gli obiettivi formati prioritari per il Servizio Sanitario Regionale.

Inoltre, la Regione ha descritto le funzioni dell’Osservatorio regionale, ha dichiarato di aver organizzato un percorso formativo per gli osservatori e di aver calendarizzato le visite ai provider per le verifiche di competenza.

x) Implementazione percorsi diagnostico- terapeutici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Molise non dispone di un sistema strutturato per l’individuazione e implementazione dei PDTA; inoltre non risulta che abbia provveduto a soddisfare le richieste, avanzate in sede di verifica per l’anno 2013, di individuare nuovi PDTA tra quelli indicati nel Questionario.

La Regione dichiara che il monitoraggio avviene annualmente; la documentazione trasmessa non consente di rilevare gli esiti di tale attività.

Si richiede alla Regione ulteriore documentazione contenente le informazioni necessarie a chiarire l’attività di individuazione ed implementazione di PDTA e gli esiti del monitoraggio degli stessi.

La Regione ha trasmesso a gennaio 2016 documentazione integrativa, in particolare la nota prot. 7270/2016 con allegata la Determinazione Direttoriale n. 266 del 20.11.2015 avente ad oggetto

“Attivazione e monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici. Costituzione gruppo di lavoro”, con la quale viene istituito il gruppo di lavoro per la ricognizione ed il monitoraggio dei percorsi già attivi in ambito regionale e l’implementazione di quelli indicati dal Tavolo di verifica LEA e di quanti altri saranno necessari in vista della attuazione dei POSS 2015-2018, tramite idonee Linee guida elaborate con il coinvolgimento dell’ASREM.

Per quanto sopra espresso, la Regione si considera adempiente con impegno a fornire le informazioni su quanto deliberato in base ad un preciso cronogramma.

y) LEA aggiuntivi

INADEMPIENTE

La Regione dichiara di garantire le seguenti prestazioni aggiuntive:

- assistenza farmaceutica: farmaci di classe C ai soggetti affetti da malattie rare (DGR n. 37/2014 e DGR n. 363/2014)
- assistenza integrativa: alimenti a cittadini nefropatici (DGR n. 37/2014 e DGR n. 363/2014)
- assistenza economica: rimborso spese per viaggi e soggiorni per cure non erogabili in Molise per soggetti con gravi patologie (DGR n. 229/2014).

La Regione trasmette la nota prot. 83920 del 23.07.2015 ad oggetto "Adempimenti LEA Anno 2014 - lettera y) Lea Aggiuntivi – Provvedimento ricognitivo relativo alle prestazioni aggiuntive" specificando che le prestazioni ulteriori sono garantite a favore di assistiti in condizioni economiche disagiate. Si ribadisce, inoltre, che tutte le risorse trasferite all’Azienda sanitaria regionale afferiscono a risorse proprie del bilancio regionale riferite al vigente Piano sociale e pertanto non incidono sul fondo e sul debito sanitario. Nella nota, infine, sono riportati, per ciascun livello, gli importi trasferiti all’Azienda sanitaria regionale (per un totale di € 565.000) e sono indicate (e trasmesse in allegato) le delibere con le quali è stata disposta l’assegnazione delle somme.

Dal modello LA risultano erogate le seguenti prestazioni aggiuntive per un totale di € 3.400.000 (di cui € 499.000 per le prestazioni indicate nel provvedimento ricognitivo)

- vaccinazioni non obbligatorie per soggiorni estero
- medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale
- 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, neppure con fondi di natura sociale, l’erogazione di prestazioni di natura sanitaria (farmaci di fascia C e prodotti aproteici).

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione ha recepito l’Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 con DCA n. 22 del 27 giugno 2013 e dichiara di aver concluso l’iter per il passaggio all’accreditamento istituzionale definitivo di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie private.

Non fornisce tuttavia indicazione sull’avvio delle procedure di adeguamento del proprio sistema di accreditamento in relazione alla declinazione pratica dell’Intesa tra il Governo, le Regioni e Province Autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti. n. 259/CSR del 20 dicembre 2012).

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato (nota prot. 83360 del 22.07.2015) di non aver autorizzato programmi di sperimentazione gestionale e di non aver legiferato in materia. Al 31 dicembre 2014 non sono attive sperimentazioni e innovazioni gestionali.

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

ADEMPIENTE

La regione Molise ha indicato ed allegato il DCA 41 dell'08.07.2015 recante "Piano di riorganizzazione delle Strutture Pubbliche e Private di Diagnostica di laboratorio. Recepimento. Approvazione", contenente anche riferimenti al service di laboratorio.

In merito alla medicina di laboratorio, la Regione ha risposto a tutti i quesiti del Questionario e ha trasmesso la relazione sintetica illustrativa del processo di riorganizzazione che sarà attuato in seguito all'approvazione del POS 2015-2018.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La regione Molise con nota prot. 129910 del 18 novembre 2015 e successivo aggiornamento trasmette, relativamente all'attività 2014, la Tabella 1 (Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) e la Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) corrette, secondo quanto richiesto in data 21 ottobre 2015. Trasmette inoltre il report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche secondo quanto previsto dall'art.3 comma 2 del DM 10 dicembre 2009, in cui descrive l'attività del NOC, Nucleo Operativo di Controllo, che ha come obiettivo quello di controllare almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissioni. Le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza vengono individuate attraverso i ricoveri DH medici a carattere diagnostico, parti cesarei, ricoveri brevi con DRG complicati, DRG potenzialmente inappropriati, ricoveri eccedenti il tasso di ospedalizzazione, ricoveri anomali, ricoveri ripetuti e DRG incoerenti e maldefiniti.

Pur segnalando il mancato invio della documentazione relativa agli anni 2012 e 2013, prendendo atto dell'impegno profuso dalla Regione per l'anno 2014 e considerando quanto trasmesso con la suddetta nota, si ritengono superate le criticità degli anni 2012 e 2013.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Nella verifica per l'anno 2013, la regione Molise era risultata inadempiente per non aver istituito formalmente la rete assistenziale palliativa e la rete di terapia del dolore, con indicazione dei centri Hub & Spoke e delle prestazioni erogate in ciascun centro.

Per quanto riguarda la verifica 2014, da una prima valutazione non risultavano effettuate campagne di comunicazione ai cittadini sull'istituzione della rete di cure palliative, né la formazione degli operatori; pertanto, erano stati richiesti alla Regione chiarimenti in merito. Inoltre, non risultava istituita la rete di terapia del dolore con identificazione dei centri Hub and Spoke, tematica invece poi documentata nel punto del Questionario relativo al percorso diagnostico terapeutico del paziente con dolore non in fase avanzata di malattia, in cui venivano citati gli atti di indirizzo per l'attuazione della rete regione di terapia del dolore e per la rete di cure palliative e terapia del dolore pediatriche; a causa di tale discrepanza sono stati richiesti chiarimenti. La tabella degli indicatori era stata compilata in modo lacunoso con mancato inserimento dei dati, relativi agli indicatori n. 4 e 5 e si rilevava che i valori dell'indicatore n. 1 dovevano essere espressi in percentuale, secondo gli standard di riferimento del DM 43/2007.

La Regione ha trasmesso una versione aggiornata del Questionario, con la quale però non sono state soddisfatte le richieste di delucidazioni e integrazioni dei punti sopracitati.

La Regione ha poi inoltrato un ulteriore aggiornamento dell'istruttoria; si valuta positivamente l'aggiornamento relativo all'identificazione dei centri Hub & Spoke per l'istituzione della Rete regionale di terapia del dolore.

In merito alla tabella degli indicatori si fa presente che i valori degli indicatori non sono conformi allo standard di riferimento del DM 43/2007, per cui si sollecita la Regione ad una maggiore cura nella compilazione della tabella (ad es. inserimento corretto dei valori per gli indicatori n. 4 e n.5). Pertanto, può ritenersi superata l'inadempienza per l'anno 2013, mentre, per l'anno 2014, si considera la Regione adempiente con impegno ad implementare iniziative e azioni atte a garantire il pieno raggiungimento degli indicatori.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2014 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 STS.11: 100%

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

La Regione risultava inadempiente negli anni 2011, 2012 e 2013, per

- non avere stipulato le convenzioni per l'uso dei locali
- non avere formalmente individuato strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali
- non avere programmato e attivato all'interno di almeno uno degli Istituti penitenziari, una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale.

La documentazione trasmessa dalla Regione per la verifica 2014 consente il superamento della criticità relativa alla individuazione di strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali dei minori.

Relativamente all'anno 2014, la Regione ha dimesso dagli OPG una percentuale di pazienti pari all'86% circa e ha formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 3-ter della Legge n. 9/2012 e s.m.i.

In data 18.11.2015 la Regione ha inviato la convenzione stipulata per l'uso dei locali. Per quanto riguarda l'attivazione della sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale, considerato l'esiguo numero di utenti (1 in due anni) la Regione dichiara che per tale attività è stata riservata una stanza del carcere di Campobasso.

La Regione viene considerata adempiente per gli anni 2011, 2012 e 2013 e 2014.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha implementato 9 Raccomandazioni anziché le 10 previste dal Questionario.

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 antineoplastici sono 3 su 5 e costituiscono il 60%.

La Regione invia, ai soli fini informativi, documentazione relativa alla presenza di una procedura per la gestione del paziente in corso di terapia con antineoplastici.

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

La Regione invia le informazioni richieste.

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

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che la Checklist è utilizzata da tutte le unità chirurgiche regionali.

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione ha trasmesso l'atto di recepimento del Piano di prevenzione delle cadute, che, si rileva essere di luglio 2015.

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione invia l'atto per la costituzione del Comitato di coordinamento rischio clinico, che tuttavia si rileva essere di giugno 2015.

Nel mese di ottobre 2015 la Regione trasmette documentazione integrativa, con la quale fornisce precisazioni in merito ai punti AS.1, AS.5 e AS.6 e risolve le criticità prima segnalate.

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

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

au) Sistema CUP

INADEMPIENTE

La Regione ha fornito una parte degli indicatori di performance dei sistemi CUP, come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010. Tuttavia non risulta ancora disponibile il valore dell'indicatore monitorato, costituito dallo scarto tra le prestazioni erogate e le prestazioni prenotate.

Contestualmente la Regione comunica di aver istituito da luglio 2014 un apposito Gruppo di lavoro per l'implementazione di un nuovo sistema CUP che prevede la registrazione di tutte le prestazioni e quindi consente di fornire gli indicatori richiesti. Si resta in attesa di ricevere informazioni in merito.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 0/255

In seguito ad approfondimenti effettuati con la Regione, l'attività residenziale e semiresidenziale viene erroneamente trasmessa con il tracciato territoriale. La Regione avvierà le opportune attività di correzione per allineare le fonti informative.

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: 94,05%

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

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella.

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
1002	804	382	779	529	194	50	318	106	295	4459

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 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014/Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 272%

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): 101

- Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 1,59

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso la relazione sugli esiti delle visite di verifica finalizzate all'autorizzazione ed accreditamento dei Servizi Trasfusionali di Campobasso, Isernia e Termoli e delle Unità di Raccolta presso le articolazioni territoriali dell'ASREM.

La Regione ha comunicato gli estremi dei provvedimenti del Commissario ad Acta di autorizzazione e accreditamento.

La Regione ha allegato soltanto il report sull'attività trasfusionale.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

La regione Molise ha inviato documentazione sufficiente a considerare pienamente ottemperato l'impegno relativo alla verifica 2013.

Relativamente alla verifica 2014, dai dati forniti a cura del Ministero (fonti dati CEDAP e modelli NSIS HSP.11 "Dati anagrafici delle strutture di ricovero" e HSP.11 bis "Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero") si rileva che, nell'anno 2014, i PN di Isernia e Termoli, entrambi identificati come I Livello, si sono mantenuti su volumi di attività sub standard

(rispettivamente 437 e 490 parti); tuttavia, da quanto relazionato, in tali PN sono presenti gli standard operativi, tecnologici e di sicurezza previsti dall'Accordo del 16.12.010, con particolare riferimento alla presenza del neonatologo e dell'anestesista in guardia attiva h24.

Inoltre la Regione, come da documentazione trasmessa, ha avviato il monitoraggio sulla Costituzione dei Comitati percorso nascita aziendali, sulla base dell'organizzazione regionale.

Pertanto, pur considerando la Regione adempiente, si sottolinea la necessità di un ulteriore sforzo per definire l'assetto finale del percorso nascita, che preveda l'eventuale chiusura di uno dei due PN di I Livello, avendo entrambi volumi di attività <500 parti/anno. L'eventuale persistenza in deroga dovrà essere, di contro, adeguatamente motivata e ne dovrà essere chiesto parere al Comitato Nazionale Percorso Nascita.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La Regione trasmette per l'anno 2014 le stesse informazioni già fornite per la verifica 2013 relativamente alla articolazione della rete di emergenza ospedaliera e territoriale e alla Centrale unica regionale per la Continuità Assistenziale.

Per quanto riguarda le reti tempo dipendenti, informa che il gruppo di lavoro regionale, composto da esperti in materia di emergenza sanitaria e reti assistenziali, ha concluso l'articolazione delle reti e che a breve sarà adottato l'atto formale.

Nessun aggiornamento viene fornito relativamente al Piano Operativo regionale, sospeso per sentenza del TAR e per il quale si attendeva il responso del Consiglio di Stato.

Si prende atto delle informazioni fornite, sottolineando l'opportunità che tale atto, relativamente all'articolazione dei presidi della rete ospedaliera di emergenza urgenza e delle reti tempo dipendenti, risulti aderente alle indicazioni di cui al Decreto n. 70/2015 (Regolamento sugli standard ospedalieri), in particolare per quanto riguarda i bacini di utenza dei presidi sede di Pronto soccorso, dei presidi sede di DEA di I o di II livello, nonché il ruolo e la definizione dei PPI.

AAG.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS alla data del 19 ottobre 2015, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP24: 65,70%

Esito: Adempiente con impegno.

Si segnala l'assenza di dati da parte della struttura 140002-02 (Larino)

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/ totale record inviati: 99,75%

Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 271,93

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

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
5.277	6,19%	65.325	76,67%	14.023	16,46%	558	0,65%	25	0,03%	0	0	85.208

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		N.A.		
4.055	4,76%	68.943	80,91%	9.756	11,45%	497	0,58%	59	0,07%	1.898	2,23%	85.208

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014 / N. di interventi al 118 anno 2013 = 100,42%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

data/ora inizio chiamata corretta: 100,00%

data/ora arrivo mezzo di soccorso: 98,32%

Esito: Adempiente

La Regione deve integrare i dati EMUR PS mancanti.

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), lo stesso dell'anno 2013.

aah) Cure primarie

La relazione trasmessa dalla Regione non fornisce ulteriori elementi sull'evoluzione del processo di riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale. Infatti, relativamente agli atti formali di programmazione per l'istituzione dei modelli organizzativi denominati AFT e UCCP, la Regione fa riferimento al Decreto di approvazione del PO 2013-2015 (DCA n. 21/2014) con il quale sono state individuate le azioni da porre in essere per la riorganizzazione del territorio, tra le quali figura l'attivazione di tali modelli. Pertanto, il riassetto organizzativo del territorio permane invariato rispetto al 2012, ovvero permangono le forme associative dell'Assistenza Primaria distinte in semplici (28), in rete (8) e di gruppo (11) ed il Presidio Territoriale Assistenziale (PTA), oggi denominato Casa della Salute, che integra in un'unica sede i servizi territoriali e collega funzionalmente in rete i relativi punti di offerta attraverso la Porta Unica di Accesso (PUA). La Regione precisa che, tenuto conto delle strutture disponibili e delle caratteristiche oro geografiche del territorio molisano, permane sia la previsione di realizzare il PTA di Campobasso, di Isernia e di Termoli che la previsione di utilizzare gli spazi liberati dalla riconversione degli Ospedali di Agnone, Larino e Venafro in altrettanti strutture territoriali (PTA). A tale prospettiva si aggiunge la Casa della Salute di Riccia per la quale gli interventi edilizi sono in avanzato stato di realizzazione.

L'aggiornamento fornito dalla Regione non si discosta da quanto precedentemente rappresentato poiché la maggior parte delle azioni da porre in essere per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale sono ancora nella fase di programmazione. Tuttavia, seppure non siano ancora stati adottati gli atti formali di istituzione dei modelli organizzativi UCCP e AFT, l'attuale assetto organizzativo del territorio molisano, attraverso la realizzazione sia delle forme associative della medicina convenzionata che dei Presidi Territoriali Assistenziali (PTA) appare propedeutico a quanto previsto dalla vigente normativa (Legge 189/2012 e Patto per la Salute 2014-2016).

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Molise non ha inviato documenti attestanti i PDTA e nel Questionario dichiara di non effettuare il monitoraggio dell'applicazione dei percorsi.

Relativamente ai dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedalieri, vedere tabella allegata.

Per quanto riguarda l'indicatore di inappropriatazza clinica nell'anno 2014 la Regione presenta una percentuale al di sopra del valore medio nazionale, confermando il trend negativo nel triennio 2012-2014.

Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza a rischio di inefficienza la Regione presenta una posizione positiva rispetto al valore nazionale, confermando un trend positivo nel triennio.

Per quanto riguarda l'indicatore percentuale dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa la Regione presenta una variazione positiva rispetto al valore Italia, così come un andamento positivo negli anni 2012-2014.

La Regione risulta adempiente con impegno a trasmettere la documentazione mancante.

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La Regione risulta sufficiente per 4 items su 5.

Per gli indicatori di performance si segnala tra le criticità, in particolare, un livello di attività insoddisfacente per le profilassi di eradicazione per TBC e BRC oltre che la percentuale dei controlli svolti per il Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA) 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'86,5% e sufficiente per 5 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacovigilanza sugli operatori controllabili, nonché 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 dei dati relativi alle somme effettivamente percepite e i costi del servizio prestato per i controlli ufficiali svolti.

Tra le criticità si segnala, infine, 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.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Sulla base delle informazioni fornite dalla Regione, 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" è pari al 100%.

aal) altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

SI RINVIA AL PUNTO L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

La regione Molise ha allocato le proprie risorse, destinate all'erogazione dell'assistenza farmaceutica, in maniera tale da realizzare una riduzione dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR) nel corso degli ultimi quattro anni. Sebbene la regione Molise abbia raggiunto risultati piuttosto incoraggianti sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, tuttavia ha ancora importanti margini di miglioramento nella regolamentazione della propria spesa farmaceutica regionale, superando il tetto prefissato per entrambi le voci di spesa (12,39% per l'assistenza territoriale al lordo della "quota eccedente i prezzi di riferimento dei farmaci", rispetto al tetto del 11,35% e 4,59% per l'assistenza ospedaliera rispetto al tetto del 3,5%) e registrando un disavanzo di spesa farmaceutica complessiva pari a 6,4 milioni di euro.

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

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica territoriale, nel corso del 2014 la Regione ha emanato numerosi provvedimenti, pur rimanendo l'incidenza della spesa farmaceutica territoriale al lordo della "quota eccedente i prezzi di riferimento dei farmaci" rispetto al tetto del FSR di questo capitolo di spesa sostanzialmente invariata rispetto al 2013. Oltre ad azioni di natura essenzialmente organizzativa dell'assistenza territoriale, risparmi sono stati generati dalle numerose deliberazioni emanate dalla Regione attraverso il rinnovo del protocollo d'intesa per l'assistenza in DPC dei farmaci in PHT, 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 evidenzia un'inversione del trend dell'incidenza della spesa sul FSR, dovuta alle diverse azioni intraprese sostanzialmente incentivando il livello di appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci ex HOSP 2, riclassificati in H e A_PHT, di conseguenza razionalizzando la spesa farmaceutica, oltre a interventi di natura organizzativa in questo ambito assistenziale.

La Regione si è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero di livello regionale aggiornato due volte nel corso del 2014 e trasmesso all'AIFA.

Infine, la Regione ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione e 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 2014, 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 95% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2014.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 95% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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 per l'anno 2013 risultava adempiente con impegno a predisporre l'atto di adozione dei parametri standard per il conferimento delle strutture organizzative del SSR.

Per l'anno 2014 ha trasmesso il provvedimento DG ASReM n. 136 del 03.12.2014 "Adozione proposta di Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise" ai fini dell'adeguamento agli standard per l'individuazione delle strutture complesse e semplici.

La Regione ha raggiunto la copertura della Tab.1G del Conto Annuale.

Si riportano (vedi tabella):

- i dati riferiti al numero di strutture complesse, ospedaliere e non ospedaliere, previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- i dati riferiti al numero di strutture semplici previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- il numero delle strutture complesse ospedaliere secondo lo standard, elaborato in riferimento ai posti letto ospedalieri pubblici (846 PL) attivi al 1 gennaio 2014
- il numero delle strutture complesse territoriali secondo lo standard, elaborato in riferimento alla popolazione residente (314.725 ab.) nella regione Molise per l'anno 2014 (Fonte ISTAT)
- il numero delle strutture semplici secondo lo standard.

Dai dati risulta che la Regione risulta sovradimensionata rispetto allo standard, con un eccesso pari a n.14 strutture complesse e n.20 strutture complesse non ospedaliere; si invita la Regione a procedere per le suddette strutture previste ad un allineamento agli standard nazionali. Si ritiene superato l'impegno per l'anno 2013.

Tipologia di incarico	N. Strutture regionali da Standard	Anno 2014	
		Numero strutture assegnate	Numero strutture previste
Strutture complesse ospedaliere	48	28	62
Strutture complesse non ospedaliere	34	37	54
Strutture semplici (incluse le strutture semplici a valenza dipartimentale)	108	83	83

Fonte: DGSISS-Ufficio di statistica. Elaborazioni dati del Conto Annuale del SSN, dei modelli di rilevazione HSP.11 e HSP.12, della Popolazione residente ISTAT. Anno 2014

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione aveva dichiarato già per la verifica 2013 di aver recepito l'Accordo del 6 dicembre 2012, ai sensi dell'articolo 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".

aa0) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La Regione con Delibera di Giunta Regionale n. 279 del 15.06.2015 ha recepito a livello regionale il documento: "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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	98,40%	2	6,0	
2	Mod. FLS.11	2	%ASL che hanno inviato il modello FLS.11 (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	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 STS.14 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	97,44%	2	1,0	

11	STS.21	1,5	%modelli STS.21 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 STS.24 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) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilimento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_livello\_di\_istruzione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_data\_prenotazione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_classe\_priorità}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_causa\_esterna}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	83,15%	0	0,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 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						49,0	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%	100,00%	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	HSP.11/12	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)	1,36	2	4,0	
5	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	1,50	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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	2,00	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)	1,92	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 $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usl\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	0,013%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	79,43%	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		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	49,0 - 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	Iperplasia 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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	L'unico caso di morbillo segnalato nel 2014, classificato come "possibile", risale a gennaio 2014 e non risulta essere stato testato in un laboratorio di riferimento qualificato poiché il laboratorio di riferimento regionale è stato istituito successivamente a tale data con Determinazione del Direttore Regionale per la Salute del Molise n. 127 del 04.08.2014	20
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	100,0%	20
U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	25,00%	41
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	6,97%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		96

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	15.2	13,5	13.6	13,5	15.4	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	8.4	10,5	6.2	10,0	8.1	9,9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	6.5	9,1	6.8	7,7	6.0	6,6

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 effer+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 nonché 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. <u>Regioni dell'OM</u> ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. <u>Regioni dell'OM</u> <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN)

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	$\geq 90\%$ in tutte le categorie previste dal DM	$\geq 90\%$ in 4 delle categorie previste dal DM e $\geq 70\%$ nell'altra	$\geq 90\%$ in 4 delle categorie previste dal DM e $< 70\%$ nell'altra, oppure $\geq 90\%$ in 3 delle categorie previste dal DM e $\geq 70\%$ nelle altre, oppure $\geq 90\%$ in 2 delle categorie previste dal DM e $\geq 80\%$ 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			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 RENDICONTAZIO NI, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	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]	<i>non coerenti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	≥ 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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni</i>	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.Lg.vo 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (664 controlli su 2552 operatori pari al 26%)	<i>Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>	1	5	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	SALMONELLOSI ZOOTICHE - 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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , e nei tacchini da riproduzione e ingrasso [vedere annotazione]	<i>< 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"</i>	<i>≥ 90% delle registrazioni dei campionamenti inseriti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per ciascuno dei piani applicabili, e validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"</i>	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 RENDICONTAZIONE NI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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	<i><85% di bovini morti testati per BSE</i>	<i>≥ 85% di bovini morti testati per BSE</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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. DGSF 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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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	<i>>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>	≤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]	<i>trend in aumento</i>	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]	<i>< dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	≥ 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. 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 2014	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione</i>	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	<i>validazione effettuata oltre la scadenza prevista</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	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 (4 audit su 74 operatori pari al 5%)	<i>numero di audit uguale o superiore al 30 % del totale del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>	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	<i>< 90% dei questionari di non conformità inseriti</i>	<i>≥ 90% dei questionari di non conformità inseriti</i>	referti rilasciati dal laboratorio entro i tempi indicati dal PNR 2014 per ciascuna delle categorie (10 giorni lavorativi per le sostanze di Cat. A e 30 giorni lavorativi per quelle di cat. B) [vedere annotazione]	<i>< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati (41,2% per Cat. A)</i>	<i>≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati</i>	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	<i>Manca di comunicazione del cellulare</i>	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]	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1.</i>	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, maggiore di 1</i>	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]	<i>arrivo dei dati oltre il termine</i>	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]	<i>> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	<i>≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	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	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	<i>meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014 (tabella audit non chiara)	<i>tabella inviata in modo corretto e completo e basata su attività di audit svolta nel 2014</i>	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)	<i>trasmesso entro la data prevista</i>	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti</i>	<i>allegato 3 inviato, corretto e completo</i>	0	0	
	TOTALE	100								173	

SUFFICIENTE con 86,5% e 5 indicatori vincolanti su 6



c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Da una prima verifica di quanto trasmesso dalla Regione, risultavano numerose squadrature tra i modelli CE-SP-LA. In seguito alla richiesta da parte della Regione, è stato riaperto il sistema per l'anno 2012, al fine di apportare le rettifiche necessarie. La Regione si è impegnata a risolvere le squadrature e, laddove è stato necessario, ha anche giustificato i motivi delle discrepanze ancora risultanti dal NSIS. Le azioni correttive effettuate per le quadrature dei modelli economici 2012-2013-2014 saranno consolidate per la rilevazione NSIS 2015, anno entro il quale saranno aggiornati gli applicativi di presentazione dei modelli che agevolino le aziende nelle conversioni e quadrature dei dati raccolti in euro e per le rappresentazioni in migliaia di euro. Sono in atto inoltre verifiche per la contabilizzazione nei sottoconti e per la riconduzione alle voci del CE delle poste in compensazione tra aziende sanitarie regionali non presidiate da applicativi di flusso da parte della regione Piemonte.

Alla luce di quanto esposto, si ritengono superate la prescrizione per il 2012 e l'inadempienza del 2013; per il 2014 la Regione viene considerata adempiente con impegno ad effettuare le opportune azioni correttive.

Statistici

INADEMPIENTE

Con riferimento alla SDO si evidenzia che la copertura è inferiore al valore soglia ed inoltre in diminuzione rispetto all'anno 2013.

La copertura della tabella del Conto annuale T1C bis è inferiore al valore soglia, pur risultando in crescita rispetto al 2013.

La qualità dei dati risulta complessivamente buona, tuttavia si evidenziano criticità sul flusso informativo T1C bis.

A fronte delle suddette criticità, la regione Piemonte ha inviato il 13 ottobre 2015 una nota per informare di aver sollecitato le strutture ospedaliere inadempienti sul flusso informativo T1C bis – personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private, per l'anno 2014.

Nella medesima nota la Regione giustifica il mancato invio del flusso informativo SDO – Scheda di Dimissione ospedaliera da parte di quattro strutture ospedaliere riferendosi a difficoltà tecniche, o assenza di attività di ricovero per l'anno 2014.

In riscontro alla predetta nota, si evidenzia che il livello di copertura e qualità per il flusso informativo T1C bis è migliorato, tuttavia è ancora al di sotto delle soglie richieste. Permane quindi l'inadempienza sul flusso informativo T1C bis.

Per quanto attiene al flusso informativo SDO, le difficoltà tecniche di invio del flusso da parte delle strutture non possono modificare la valutazione sul livello di copertura. Lo stesso vale per l'assenza di attività di ricovero, che deve portare alla eliminazione dall'anagrafe delle strutture di ricovero HSP.11 e HSP.11 bis di tali strutture.

La regione Piemonte deve porre in essere le misure atte a determinare adeguati livelli di copertura e qualità per il flusso informativo T1C bis e per la copertura del flusso informativo SDO.

La Regione ha trasmesso il 9 marzo 2016 ulteriore documentazione, in particolare una nota con la quale informa di aver sollecitato le strutture ospedaliere inadempienti sul flusso informativo T1C bis per l'anno 2014.

Si evidenzia che la copertura del flusso informativo T1C bis per l'anno 2014 è pari a 98,25% risultando pervenuti i modelli T1C bis di 56 strutture su 57 attese. Tale percentuale è superiore al

valore soglia del 95% e pertanto la criticità su tale flusso informativo è superata. E' superata anche la criticità relativa alla qualità risultando certificati i modelli T1C bis di 55 strutture su 57 attese.

Nella medesima nota del 9 marzo 2016, la regione Piemonte giustifica il mancato invio del flusso informativo SDO da parte di sei strutture ospedaliere riferendosi a difficoltà tecniche o assenza di attività di ricovero per l'anno 2014.

In tale nota si afferma inoltre che per le Case di cura privata non accreditate non vige un obbligo informativo di trasmissione dei flussi informativi T1C bis e SDO.

In riscontro alla predetta nota, si ribadisce che l'obbligo informativo relativo al flusso informativo T1C bis vige per le strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle Case di cura private accreditate e non accreditate in base al DM 29.01.2013, come peraltro indicato nello stesso Questionario LEA.

Si ribadisce altresì che, in base al DM 28.12.1991, l'obbligo informativo relativo al flusso informativo SDO vige per tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati, accreditati e non accreditati, presenti sul territorio nazionale.

Per quanto attiene al flusso informativo SDO, le difficoltà tecniche di invio del flusso da parte delle strutture non possono modificare la valutazione sul livello di copertura. Lo stesso vale per l'assenza di attività di ricovero, che deve portare alla eliminazione di tali strutture dall'anagrafe delle strutture di ricovero HSP.11 e HSP.11 bis. Si evidenzia che le strutture di ricovero che non hanno inviato i dati SDO per l'anno 2014 sono elencate nel "Rapporto SDO 2014" e che sono a oggi presenti anche nell'anagrafe HSP.11/11 bis per l'anno 2015 della banca dati nazionale del Sistema Informativo Sanitario.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Piemonte con un punteggio pari a 200 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia delle 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) (già rilevata nel 2013) e 6.3 Contaminanti negli alimenti di origine vegetale (già rilevata nel 2013).

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2015, la regione Piemonte ha una dotazione di 17.478 posti letto, pari a 3,95 per 1.000 abitanti, di cui 2,92 per pazienti acuti (12.935 posti letto) e 1,03 per riabilitazione e lungodegenza (4.543 posti letto). In base dati 2015, la Regione non ha inviato il modello HSP.12 per la struttura 010012 "Ospedale Evangelico Valdese" e non ha effettuato la validazione del flusso informativo HSP.12 per l'azienda 921 "Fondazione Salvatore Maugeri". La Regione deve provvedere a sanare le anomalie sul flusso informativo.

L'offerta dei posti letto regionali risulta in linea con lo standard di riferimento per le acuzie, mentre per la postacuzie permane in eccesso.

In relazione alla tematica, la Regione ha trasmesso la DGR 1-600/2014 inerente l'adeguamento della rete ospedaliera agli standard nazionali e ai disposti del Patto per la salute 2014-2016; tale atto di programmazione ricomprende anche gli interventi di promozione dei setting assistenziali di competenza territoriale. Il documento appare nel complesso in linea con i disposti di cui alla Legge 135/2012.

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014), un tasso di ospedalizzazione totale di 145,7 nel 2012, di 137,72 nel 2013 e 130,99 nel 2014.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è contenuta entro il valore di riferimento (25%) nei tre anni osservati; in particolare, nel 2014 risulta pari al 23,22%.

g) Appropriatelyzza

ADEMPIENTE

La regione Piemonte con una percentuale pari al 5,0% di DRG critici, inferiore al valore mediano (8,8%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempimento.

Si segnalano criticità per i DRG 042, 059, 060, 062, 232, 245, 426 e 427 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

H.1 Monitoraggio ex post

Dai dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 e pervenuti al Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica risulta che la percentuale di corretta compilazione dei campi Data prenotazione prestazione e Prestazioni in primo accesso raggiunge un valore prossimo alla soglia prevista.

Relativamente al calcolo degli indicatori relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (già previsti per l'anno 2013) e, ai soli fini informativi, RMN Colonna vertebrale, Ecografia ostetrico-ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica, si constata che viene soddisfatta la soglia per Visita oculistica (solo per la classe di priorità B), Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici.

La Regione ha inviato il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto per l'anno 2014 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante.

La percentuale di garanzia per ambedue i periodi indice e per ambedue le classi di priorità non raggiunge la soglia di adempimento.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

La Regione raggiunge per l'anno 2014 la soglia del 90% riguardo il Campo Data di prenotazione e il Campo Classe di priorità sia in regime ordinario che Day Hospital.

Da fonte "Rapporto SDO anno 2014" risulta che l'attesa media in gg per intervento Tumore mammella è di 32,7 gg rispetto la media nazionale di 24,7 gg; per intervento Tumore colon retto è di 26,3 gg rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

La Regione dichiara di effettuare il monitoraggio delle sospensioni, così come previsto, ma ciò non risulta dai dati aggiornati al 3 luglio 2015.

La Regione dichiara di aver fornito indicazioni tramite atti formali (Determinazione Dirigenziali n. 101 del 24.04.2007, DGR 2-2481 del 29.07.2011; DGR n. 25-6992 del 30.12.2013). La Regione esplicita che l'azienda sanitaria, di concerto con la struttura organizzativa interessata, deve individuare le soluzioni per superare la contingenza tecnica e garantire la continuità del servizio.

La Regione comunica che è in essere una precisa procedura che riguarda la chiusura dell'accesso alla lista autorizzata dalla Regione stessa.

H.5 Monitoraggio PDT complessi

Dall'esame dei dati relativi al monitoraggio dei PDT complessi, dai dati pervenuti dall'Agenas non risulta che il monitoraggio sia effettuato.

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

La Regione ha compilato la tabella. I dati attestano la presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web delle Aziende erogatrici.

Relativamente al Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni, la Regione ha trasmesso a febbraio 2016 documentazione integrativa, in particolare la nota prot. 2086/A1403A "Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui al Piano nazionale di Governo delle liste d'attesa 2010-2012", con la quale trasmette i dati relativi al monitoraggio delle sospensioni in base alla Determinazione Dirigenziale 101 del 2007. Alla luce di quanto pervenuto e dei dati in possesso del Ministero, risulta completamente sanata la criticità sul punto.

Anche relativamente al Monitoraggio ex post e al Monitoraggio ex ante la Regione ha trasmesso a gennaio 2016 ulteriore documentazione, che fa riferimento all'impegno da parte della Regione di consolidare a livello regionale e a livello aziendale azioni tese al raggiungimento delle soglie previste sia per il Monitoraggio ex post che per il Monitoraggio ex ante.

Si prende atto dell'impegno della Regione, da rivalutare nel corso dell'anno 2016 anche in relazione alla verifica del rispetto di quanto riportato nel Piano di rientro.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: PIEMONTE			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	641.514.541	7,88%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	10.798.850	0,13%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	12.601.156	0,15%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	1.983.912	0,02%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	226.965.886	2,79%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	76.177.295	0,94%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	10.897.357	0,13%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	65.279.938	0,80%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		853.993.866	10,48%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	8.145.621.199	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	924.528.006	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-70.534.140	-0,87%
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		853.993.866	10,48%
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)	648.183.614	7,96%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	38.252.003	0,47%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	6.368.122	0,08%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	114.445	0,0014%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	1.584.440	0,02%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		374.898.718	4,60%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	8.145.621.199	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	285.096.742	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC d	8.528.000	0,10%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	14.000.000	0,17%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		435.678.721	5,35%
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	150.581.979	1,85%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione ha trasmesso una relazione che descrive l'attuazione degli obiettivi da raggiungere per gli anni 2013-2014, alla luce sia dell'autovalutazione delle aziende sanitarie sia della valutazione regionale. Il documento della Regione illustra la sintesi dei risultati emersi dai Questionari sottoposti alle singole Regioni in risposta al debito informativo della contabilità analitica anno 2014 e la procedura di raccolta delle informazioni in termini di attività e di costi vigenti in relazione al debito informativo della contabilità analitica anno 2013.

La Regione dichiara che tutte le aziende hanno raggiunto la coerenza dei centri di costo con la struttura organizzativa e la coerenza dei piano dei fattori produttivi con il Piano dei conti. E' in

corso una revisione dell'organizzazione delle aziende sanitarie rilevante, alla luce degli atti aziendali approvati dalla Regione e ciò comporterà un aggiornamento dell'anagrafica delle strutture ed un'analisi sulla coerenza dei piani di centro di costo.

Per la quadratura CO-GE CO-AN e la capacità di quantificare gli scambi interni la Regione indica, come data entro la quale verranno raggiunti, la fine dell'anno 2015 e per alcune aziende anche la fine 2016. Attualmente non esiste omogeneità a livello aziendale nel raggiungimento degli obiettivi prima indicati.

La Regione, con delibera 369/2015, dichiara che è stato adottato un provvedimento formale che incarica il responsabile regionale del procedimento di verifica dello stato di attuazione della contabilità analitica coerentemente al punto "6) Contabilità analitica" del Programma Operativo in cui tale adempimento è stato inserito come obiettivo per i direttori delle ASR. Per gli adempimenti dal 2012 al 2014 è stato confermato e individuato formalmente con il presente atto il dott. Claudio Bianco come responsabile del settore in oggetto. Alla luce di quanto esposto si prende atto che la Regione dovrà entro il 2016 adottare azioni per la risoluzione di alcune criticità ancora esistenti a livello di singola azienda e a tal fine si richiede l'aggiornamento puntuale dell'evoluzione della materia in oggetto alla luce del cronoprogramma indicato nel Programma operativo 2013-2015.

Si ritengono pertanto superate la prescrizione per l'anno 2012 e le criticità emerse per il 2013, ritenendo che l'impegno resti per il 2014 in relazione a quanto è ancora da attuare.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione, sulla base della DGR 3711 del 27 aprile 2012 a cui sono allegati i contratti tipo dei Direttori Generali ai sensi dell'art. 3 comma 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005, risulta adempiente.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 85,1% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Per l'anno 2014 il punteggio totale riportato dalla Regione è di 20 punti, così ripartiti:

Offerta assistenziale: 9 punti

Ripartizione degli oneri: 0 punti non raggiunge il punteggio minimo necessario

Cure domiciliari: 5 punti

Cure residenziali: 5 punti (minimo 4 punti)

Cure semiresidenziali: 1 punto (minimo).

In merito ad alcune criticità precedentemente rilevate, in data 8 marzo 2016 la Regione invia una relazione nella quale dichiara che:

- in merito alla compartecipazione per l'assistenza residenziale psichiatrica, la DGR 30 del 2015, che prevedeva l'allineamento alla normativa nazionale, è stata impugnata da portatori di interesse ed il Tar ne ha disposto la sospensiva

- in merito all'adozione della SVMD per le cure domiciliari, ANCI e il Coordinamento degli enti gestori delle funzioni socioassistenziali hanno fatto delle osservazioni che ora sono al vaglio della Regione.

Gli aggiornamenti trasmessi evidenziano che le criticità sono dovute a questioni non dipendenti dalla volontà della Regione.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS.21 = 282%

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 = 81,85%

Esito: Adempiente

- Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti) : 8,54
- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	
20.397	4,66	7.976	1,82	1.588	0,36	8.433	1,93	38.394

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 100,46%

Esito: Adempiente

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 92,78%

Esito: Adempiente

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 6,59
- 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.
32	0,01	14722	3,37	556	0,13	13872	3,17	27961	6,67	459	0,10	440	0,10	882	0,21	28812

^(*) 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

Con delibera 55-6670 dell'11.11.2013 la Regione, nelle more della piena operatività delle azioni previste dal Programma Operativo 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.

La Regione viene considerata adempiente, anche alla luce della DGR 14-6039 del 27.7.2013, modificata ed integrata dalla DGR 84-7674.

u) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la regione Piemonte risulta pari a 86 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

Alla realizzazione del sistema di accreditamento dei provider regionali sono seguiti una serie di atti e di iniziative regionali allo scopo di garantire, attraverso la formazione dei professionisti sanitari, un sistema sanitario regionale di qualità. I provider accreditati al sistema ECM regionale sono 64, sia pubblici che privati, ciascuno dei quali trasmette regolarmente al CoGeAPS i report dei partecipanti agli eventi formativi tramite procedura informatica utilizzando il tracciato unico come richiesto dalla normativa.

Con la Circolare della Direzione Sanità prot. 24913/DB2013 del 4.12.2014 sono stati comunicati ai provider regionali gli obiettivi sanitari ritenuti prioritari per la programmazione formativa.

Con la Determinazione Dirigenziale n. 18 del 13.1.2014 è stata approvata la graduatoria degli auditor di formazione con il compito di svolgere visite ispettive presso i provider accreditati e gli audit didattici di qualità sulle attività formative.

Inoltre, dalle informazioni fornite dalla Regione, risulta che l'Osservatorio regionale, organismo deputato a garantire la qualità delle attività formative, è operativo.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Piemonte non ha ancora strutturato un sistema per l'individuazione e il monitoraggio di PDTA, sia in ambito ospedaliero che territoriale, nonostante l'impegno dichiarato negli scorsi anni.

Si valuta positivamente la numerosa documentazione inviata, che attesta una particolare attenzione a rilevanti settori dell'assistenza sanitaria; si constata, comunque, analogamente all'anno 2013, la mancata individuazione dei PDTA riportati nel Questionario.

Riguardo l'attività regionale di monitoraggio dei PDTA individuati, condotta nel corso del 2014, la Regione invia la Determina n. 10 del 13 gennaio 2014 "Rete Interospedaliera per l'emergenza coronarica. Registro FAST STEM: protocollo di monitoraggio e indicatori di efficienza e di efficacia della rete", ma nulla riferisce circa l'avvenuto monitoraggio degli altri PDTA individuati. Analoga richiesta, peraltro senza riscontro, era stata avanzata anche per la verifica 2013.

La Regione trasmette a marzo 2016 documentazione integrativa; nel prendere atto positivamente dell'impegno dichiarato con lo scopo di avviare interventi mirati a definire un sistema destinato all'individuazione e al monitoraggio di PDTA sia in ambito ospedaliero che territoriale si deve constatare che mancano informazioni che attestino l'operatività di tale sistema. Si chiede inoltre di riferire sull'attività di monitoraggio.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

La Regione non compila la tabella presente nel Questionario.

Dall'Allegato 5 del modello LA risultano erogate le seguenti prestazioni (per un totale di €75.789.000):

- medicine non convenzionali
- vaccinazioni non obbligatorie per soggiorni estero
- certificazioni mediche
- laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia
- assegno di cura
- contributo pratica riabilitativa metodo Doman
- ausili tecnici non in nomenclatore tariffario, materiale d'uso e di medicazione
- 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
- prestazioni ex ONIG a invalidi di guerra
- altre prestazioni escluse dai Lea.

In data 21 ottobre 2015 viene trasmessa la Determinazione dirigenziale n. 667/2015 avente ad oggetto "Ricognizione costi extra Lea anno 2013".

Nella determina sono riportati i Lea aggiuntivi garantiti nel 2013 per un totale di € 95.869/000.

Si rappresenta che la ricognizione va effettuata con riferimento agli extra Lea 2014.

In data 27 gennaio 2016, la Regione trasmette documentazione integrativa, in particolare una relazione per giustificare la mancata compilazione della tabella del Questionario.

La Regione fa presente che nel PO 2013/2015 era stata prevista l'eliminazione dell'erogazione degli extra Lea con decorrenza 2014.

In seguito ad approfondimenti tecnici effettuati, la Regione rileva che:

- a) la spesa non sanitaria (riconducibile alla quota sociale a carico di risorse regionali extra FSR) è stata pari, nel 2014, ad € 68.000.000
- b) la suddetta spesa è relativa ad una serie di prestazioni non sanitarie (indicate in una tabella)
- c) "la restante spesa" è stata eliminata nel corso del 2014 o finanziata con risorse a carico del FSR in quanto relativa a prestazioni di carattere sanitario (prestazioni di continuità assistenziale e di assistenza integrativa e protesica).

La Regione specifica, quindi, che il Questionario non è stato compilato in quanto le spese non sanitarie sostenute nel 2014 non sono riconducibili ai Lea aggiuntivi. Specifica, inoltre, che lo scostamento con la somma indicata nel modello LA è imputabile verosimilmente ad una errata predisposizione del prospetto da parte delle Aziende.

La Regione, in ogni caso, si impegna a trasmettere tempestivamente la tabella del Questionario laddove si ravvisi la necessità di rendicontare la spesa non sanitaria come "Lea aggiuntivi".

In proposito si osserva che:

- alcune prestazioni di cui al punto a), definite come "non sanitarie" (ausili tecnologici, protesi cocleari) sembrano avere natura sanitaria;
- le prestazioni di cui al punto c), per le quali la Regione non definisce la spesa complessiva, sono a tutti gli effetti "Extra Lea" e non possono essere poste a carico del FSR;

- la Regione avrebbe dovuto compilare la tabella del Questionario esclusivamente per queste ultime ed eliminare le incongruenze con i dati risultanti dal modello LA (€ 75.789.000). Non è possibile valutare l'entità dello scostamento se non si conosce la "restante spesa".

In data 8 marzo 2016, la Regione trasmette la determinazione n. 129 recante "Ricognizione della spesa rendicontata dalle Aziende sanitarie regionali nell'allegato 5 del modello LA - Anno 2014 e adempimenti extra LEA". Nella determina la Regione riassume in tabella le tipologie di prestazioni aggiuntive e i relativi riferimenti normativi e da atto che con alcune leggi regionali di bilancio e provvedimenti amministrativi attuativi è stata assicurata la copertura dei costi sostenute per le prestazioni stesse.

La Regione dichiara, in particolare, che risultano costi aziendali per € 75.789.000, di cui € 62,8 mln coperti "con risorse regionali aggiuntive, quali spese socio-sanitarie" e la quota residua (€ 13 mln) coperta "con finanziamento sanitario ordinario in quanto rientranti nei Lea". Tale ultima formulazione risulta confondente dal momento che le attività finanziate dalla Regione (erogazione di farmaci di fascia C a malati rari, fornitura di dispositivi medici extratariffario, contributi per pratica riabilitativa Doman) sono al momento escluse dai livelli essenziali di assistenza di cui al dPCM 29.11.2001.

La Regione precisa che nel corso del 2016 provvederà a:

- verificare la coerenza della spesa finanziata con riparto del FSR
- identificare e attuare gli eventuali atti regionali necessari ad assicurare l'attuazione di quanto disposto dal PO 2013-2015 quale conseguenza della sentenza della Corte Costituzionale n. 104/2013.

Si ribadisce che la Regione essendo in Piano di rientro non può garantire prestazioni sanitarie aggiuntive né con risorse FSR, né con risorse regionali aggiuntive (alimenti iperalimentari a nefropatici, prestazioni di assistenza protesica, farmaci di fascia C a malati rari, medicina non convenzionale, metodo Doman).

Tuttavia, alla luce della documentazione trasmessa dalla Regione, della situazione economica 2015 prevista sulla base del IV trimestre 2015 e della situazione della erogazione dei Lea (Griglia Lea), la Regione viene considerata adempiente.

ah) Accredитamento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione ha recepito l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, con DGR 9-6021 del 28.06.2013, già trasmessa per la verifica 2013.

La Regione non ha ancora concluso l'iter di accredитamento per tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, precisando che il procedimento amministrativo si è concluso entro i termini indicati dalla normativa nazionale, ma il provvedimento è in attesa di approvazione a causa del completamento della rete ospedaliera attuata con DGR n. 1-600 del 19.11.2014 e successivamente modificata dalla DGR n. 1-924 del 23.1.2015.

In riferimento agli adeguamenti al disciplinare tecnico sull'accREDITamento, allegato all'Intesa del 20.12.2012, la Regione ha istituito un gruppo di lavoro composto da rappresentanti dell'Assessorato Sanità e dell'Agenzia dei Servizi Sanitari con il compito di

- aggiornamento dei requisiti di accredитamento in funzione della normativa;
- revisione e alleggerimento del manuale di accredитamento al fine di ridurre il numero dei requisiti ed evitare loro ripetizioni nelle stesse sezioni o in sezioni diverse;
- definizione di nuovi requisiti di accredитamento per ulteriori settori specialistici;
- formulazione di una possibile ipotesi di revisione del sistema di accredитamento a tre fasce;
- aggiornamento della metodologia di verifica per la necessaria sinergia tra le Commissioni di vigilanza e Gruppo di verifica.

La Regione non fornisce informazioni in merito alla conclusione delle procedure di accreditamento e in particolare al numero di strutture ancora in attesa del provvedimento formale, nonché alla tempistica prevista per il completamento della rete ospedaliera.

A gennaio 2016 la Regione trasmette documentazione integrativa, in particolare una relazione con la quale dichiara di aver concluso le procedure istruttorie nei termini ma di attendere, per l'adozione dei provvedimenti, il riordino della rete ospedaliera. Con la stessa nota la Regione comunica, inoltre, di aver ricevuto nuove istanze nel corso dell'anno 2015.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La Regione ha compilato la scheda del Questionario indicando la normativa regionale emanata in materia di sperimentazioni ed innovazioni gestionali (LR n. 1 del 31.01.2012 e LR 12 del 23.05.2008). Al 31 dicembre 2014 risulta in corso la sperimentazione "Società Assistenza Acuzie e Postacuzie – SAAPA S.p.A."

Con riferimento alla sperimentazione del Centro Ortopedico di Quadrante – COQ S.p.A, ormai conclusa, la Regione ha allegato il provvedimento regionale conseguente alla conclusione (DGR n. 69-5191 del 28.12.2012) che ha autorizzato la trasformazione in gestione ordinaria del programma di sperimentazione gestionale. Per quest'ultima ha allegato la relazione in merito all'attività svolta al 31 dicembre 2014 mentre per la sperimentazione in corso ha trasmesso la relazione annuale di verifica.

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

ADEMPIENTE

La Regione ha indicato la normativa di riferimento sulla riorganizzazione della rete laboratoristica ed allegato l'ultimo atto riguardante i Servizi di Laboratorio Analisi (DD n. 900 del 31.10.2014 "Istituzione gruppo di lavoro per la definizione in ambito regionale di apposite strategie di azione per i Servizi di "Laboratorio di Analisi"). Ha compilato i punti del Questionario relativi al service di laboratorio e alla medicina di laboratorio.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La regione Piemonte con protocollo n. 10805 del 29 maggio 2015 ha trasmesso il Report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2014 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".

In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 69.242 controlli, pari a 12,2% del totale mentre effettua per le strutture private accreditate 10.154 controlli, pari a 11,7%.

Delle cartelle controllate non sono state confermate il 28,4% delle cartelle per le strutture pubbliche ed il 27,7% per le strutture private accreditate.

In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriately 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 pari al 2,5% della totalità delle cartelle cliniche.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

Per quanto riguarda l'istituzione della Rete di assistenza palliativa e della Rete di terapia del dolore, si rileva che la Regione ha già trasmesso la documentazione per la verifica 2013 e si conferma la valutazione positiva già espressa.

Si chiede alla Regione quali iniziative intenda adottare relativamente alla comunicazione ai cittadini e alla formazione degli operatori, essendo stato istituito dalla Regione, con DGR 30-866 del 25 ottobre 2010, un Osservatorio regionale per le cure palliative.

Inoltre, nella tabella degli indicatori (rif. DM 43/07) si osserva che non è stata calcolata la percentuale per l'indicatore n. 1, secondo gli standard di riferimento, mentre l'indicatore n. 7 risulta elevato.

La regione Piemonte ha inoltrato il supplemento di istruttoria richiesta; si valutano positivamente le azioni messe in atto dalla Regione in merito alle campagne di comunicazione ai cittadini e alla formazione degli operatori.

Per quanto concerne la tabella degli indicatori, si osserva che il valore dell'indicatore n. 1 è molto al di sotto dello standard di riferimento e il valore dell'indicatore n. 7 risulta molto elevato.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2014 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 STS.11: 12/14 (85%).

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

La Regione ha dimesso dagli OPG una percentuale di pazienti pari al 49% circa e ha formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 3-ter della legge n. 9/2012 e s.m.i.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha implementato le 15 Raccomandazioni ad una percentuale maggiore del 80%.

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 antineoplastici sono 19 su 26 e costituiscono il 73%.

Rispetto alla presenza di una procedura per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antineoplastici, la Regione invia la documentazione richiesta.

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

La Regione invia le informazioni richieste circa i corsi di sicurezza del paziente.

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

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che 260 su 262 UO chirurgiche utilizzano la Checklist.

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione ha predisposto un piano per la prevenzione delle cadute.

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione dichiara di aver istituito un gruppo di esperti.

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

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

au) Sistema CUP

INADEMPIENTE

La Regione non ha fornito gli indicatori di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

aab) Sistema Informativo assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 89,58%

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: 56,12%

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.

Si prende atto del miglioramento della qualità dei dati del 2015 trasmessi al NSIS per i quali l'indicatore risulta pari a 70,36.

Esito: Adempiente

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella.

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
19292	6201	2329	6220	3104	2282	284	686	734	1043	42175

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 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014 /Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 99,7%

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): 295
- Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 2,5.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

La Regione ha effettuato tutte le visite di verifica finalizzate all'autorizzazione ed accreditamento dei Servizi Trasfusionali dislocati sul territorio e delle Unità di Raccolta e ha provveduto a rilasciare i relativi decreti autorizzativi.

Relativamente al programma annuale per l'autosufficienza regionale del sangue e dei suoi prodotti, la Regione ha adempiuto a quanto richiesto avvalendosi del DD n. 515 del 26.05.2014 avente ad oggetto "Piano di raccolta, produzione e compensazione emocomponenti anno 2014".

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

La regione Piemonte ha riferito, in merito ai PN con volumi di attività inferiori a 500 parti anno, quanto segue:

- Punto nascita di Domodossola: è prevista la chiusura entro il 2016.
- Punti nascita di Susa e Borgosesia: viene dichiarato che il primo è stato disattivato, mentre per Borgosesia permane ancora il periodo di valutazione esteso al 31.12.2016.

Relativamente all'attivazione del Sistema di trasporto in emergenza della madre e del neonato la Regione dichiara che questi sono stati attivati in tutto il territorio.

Infine in merito al PN dell'Ospedale Santo Spirito di Casale Monferrato, che, visto l'andamento negativo dei parti i quali da 504/anno nel 2012 si sono progressivamente ridotti a 473 nel 2013 e a 431 parti nel 2014, determinandosi in tal modo i presupposti per la chiusura, la Regione dichiara che la sua disattivazione non è in discussione essendo stati chiusi nella stessa area i PN di Acqui e Tortona. A tal riguardo si sottolinea che, pur essendo la Regione in autonomia decisionale, deve tuttavia relazionare sull'aumento reale dei volumi di attività presso il PN di Casale Monferrato conseguenti alla chiusura dei suddetti PN, nonché presentare eventuale richiesta di parere sulla deroga alla chiusura del PN, seguendo le indicazioni dettate dal DM 11.11.2015 e dal protocollo metodologico per la richiesta di deroghe.

La regione Piemonte trasmette il 04.03.2016 documentazione integrativa, relativamente ai PN con volumi di attività < 500 parti/anno, nella quale ribadisce quanto segue.

- Punto nascita di Domodossola: i ricorsi intervenuti hanno consentito di affrontare la chiusura del punto nascita solo dal 27.8.2014 (data sentenza del Consiglio di Stato n. 00682), ma la DGR n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i., intervenuta nello stesso periodo, ha previsto che relativamente al punto nascita di Domodossola se ne definisse entro il 31 dicembre 2015 la presenza di DEA di I livello e di conseguenza del Punto Nascita. La previsione di un nuovo ospedale per l'area in questione comporta la chiusura del PN entro il 2016.

Quanto affermato dalla regione Piemonte solleva perplessità poiché non chiarisce se, nelle more della chiusura del PN, questo rimanga in attività e, in tal caso, se sono presenti i requisiti operativi, tecnologici e di sicurezza previsti dall'Accordo del 16.12.2010.

- Punto nascita di Susa: è stato chiuso
- Punto nascita di Borgosesia: con DGR 1-600 del 19.11.2014 s.m.i. è stata prevista la valutazione per volumi ed esiti entro il 31.12.2016. Relativamente a questo PN, la checklist compilata permette di evincere la presenza dei requisiti operativi, tecnologici e di sicurezza previsti dall'Accordo del 2010. Nel caso in cui la regione Piemonte dovesse decidere per il proseguimento dell'attività, dovrà presentare richiesta di deroga al Comitato Percorso nascita nazionale per il parere di competenza, seguendo le indicazioni dettate dal DM 11.11.2015 utilizzando allo scopo il protocollo metodologico per la richiesta di deroga, elaborato dal Comitato e già inoltrato all'Assessorato alla salute della Regione
- PN dell'Ospedale Santo Spirito di Casale Monferrato: la riduzione progressiva del volume di attività, a partire dal 2012 in poi, ha determinato i presupposti per la chiusura, tuttavia la Regione dichiara che 'per quanto riguarda il PN di Casale Monferrato, alla luce dei dati di attività, se ne è avviata la valutazione per l'eventuale chiusura'.

Anche in questo caso, oltre a mancare una tempistica puntuale sulla durata della valutazione, non appare chiaro se, durante questa fase, il PN rimanga in attività e, in tal caso, se sono rispettati gli standard previsti dall'Accordo del 2010. Si ribadisce che, qualora la regione Piemonte valutasse di mantenere in attività questo PN, dovrà presentare richiesta di parere sulla deroga alla chiusura.

Relativamente all'attivazione del Sistema di trasporto in emergenza della madre e del neonato, la Regione dichiara che questi sono stati attivati in tutto il territorio.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La Regione ha inviato per la verifica 2014 gli aggiornamenti sui provvedimenti formali adottati sia per la componente ospedaliera sia per quella territoriale.

Per quanto riguarda la rete ospedaliera si è programmata una rimodulazione utilizzando, quali parametri intermedi, i bacini di utenza. Si prevede di sviluppare, nell'arco del triennio di vigenza del Patto della salute, una rete articolata su 6 aree con l'individuazione di 6 Hub, 20 Spoke, 8 ospedali di base con PS e 4 ospedali con PS di area disagiata, partendo da una rete ospedaliera che, allo stato attuale, risulta costituita da 24 DEA di I livello, 8 DEA di II livello, 11 PS h24, 3 PPS h24 e 1 PPS h12.

A livello territoriale, sono stati regolamentati i trasporti sanitari con la CRI, le Misericordie e l'ANPAS e si è provveduto ad acquisire gli strumenti tecnologici per l'integrazione delle CO 118 con la Continuità Assistenziale. Sono state, inoltre, completate le attività relative al riordino della rete 118, fornendo indicazioni per una gestione uniforme del personale coinvolto nei trasferimenti tra aziende sanitarie. E' stato anche istituito un finanziamento vincolato per la funzione di emergenza territoriale e prevista una attività di monitoraggio dei costi effettivamente sostenuti.

Si sta provvedendo ad implementare il servizio notturno di elisoccorso che, ad oggi, è entrato a regime su 10 elisuperfici. L'obiettivo è di abilitare n. 20 elisuperfici h24 nell'arco del triennio 2015-2017.

Relativamente alle reti tempodipendenti, si confermano le informazioni già precedentemente fornite.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP.24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP.24: 101,73%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/ totale record inviati: 100%

Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 406,58

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

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
297153	16,71%	1254390	70,54%	214598	12,07%	12246	0,69%	0	0	0	0	1778387

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		N.A.		
243990	13,72%	1364784	76,74%	158094	8,89%	10329	0,58%	1190	0,07%	0	0	1778387

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014 / N. di interventi al 118 anno 2013 = 109,11%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Data/ora inizio chiamata corretta = 100%

Data/ora arrivo mezzo di soccorso = 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 17 (valore normale ≤ 18 ; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21). Il valore rilevato nell'anno 2013 era pari a 18.

aah) Cure primarie

Il PSSR 2012-2015, approvato con DGR 167-14087/2012 ha previsto lo sviluppo di un piano di riqualificazione delle forme associative della medicina convenzionata. Tale piano prevede la realizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) demandando ad apposita deliberazione della Giunta Regionale la definizione dei criteri e delle modalità organizzative e di funzionamento per la relativa attivazione. Inoltre con la DGR n. 1-924 del 23.1.2015 sono state individuate le linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale, in attuazione dell'attuale normativa (Patto della Salute 2014-2016) e a tal fine è stato istituito un gruppo di lavoro sul riordino della rete territoriale

con particolare riferimento alla riorganizzazione delle Cure Primarie e delle relative forme associative. Fermo restando che l'effettiva istituzione delle nuove forme organizzative della Medicina Generale nelle tipologie UCCP e AFT continua ad essere demandata all'aggiornamento degli AIR, nella realtà piemontese attualmente continuano ad esistere le equipe territoriali che di fatto presentano già gran parte dei requisiti previsti per la realizzazione delle AFT ed il cui numero è rimasto invariato rispetto al 2013. Risultano dunque attive 269 equipe/AFT delle quali 37 costituite da Pediatri di Libera Scelta (PLS) e 232 da Medici di Medicina Generale (MMG). Tali forme associative, come previsto dalla normativa vigente, condividono obiettivi, percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida nonché la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico.

Relativamente alle forme organizzative multiprofessionali denominate UCCP, pur non avendo ancora adottato atti formali che ne prevedano l'istituzione, la Regione precisa che le funzioni di tali strutture sono attualmente garantite dai 6 Centri di Assistenza Primaria (CAP) e dalle 5 Case della Salute attualmente avviati sul territorio regionale. A tale proposito fornisce l'elenco delle attività erogate in ognuna delle stesse (assistenza primaria, continuità assistenziale, attività specialistica ambulatoriale, diagnostica per immagini, servizi infermieristici ambulatoriali, sportello unico socio-sanitario, punto prelievo ad accesso diretto quotidiano). Ogni CAP, inoltre, 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).

Con la relazione prodotta, la Regione fornisce l'assetto organizzativo delle Cure Primarie adottato sul territorio regionale al 31 dicembre 2014 dal quale si evince la conformità con la normativa vigente che prevede l'istituzione delle nuove forme organizzative della medicina generale nelle tipologie delle AFT e UCCP anche se la produzione degli atti istitutivi per tali forme organizzative continua ad essere demandata all'aggiornamento degli AIR.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La regione Piemonte ha inviato le linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata ai pazienti con ictus cerebrale e la DGR d'istituzione del gruppo di lavoro per la definizione in ambito regionale di apposite strategie di azioni funzionali all'attuazione degli obiettivi nell'ambito del settore della riabilitazione.

Per quanto riguarda i dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedaliere, vedere tabella allegata.

La Regione presenta per l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2014 una variazione positiva percentuale al di sotto del valore medio nazionale e conferma un trend positivo nel triennio 2012-2014.

Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza la Regione presenta un posizionamento negativo rispetto al valore Italia, pur con un trend in miglioramento.

Inoltre, ai fini conoscitivi, la percentuale di ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa risulta nel 2014 più bassa rispetto al valore medio nazionale con un trend in miglioramento.

La Regione, presentando una variazione positiva per l'indicatore relativo alla percentuale di ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica, risulta adempiente.

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La regione Piemonte risulta sufficiente per 5 items 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 ha conseguito un elevato 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 97,5% e sufficiente per 5 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacovigilanza sugli operatori controllabili.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che l'indicatore "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini" risulta pari al 51,06%. Poiché la Regione nella verifica 2013 aveva comunicato che il predetto indicatore era pari a 98,5% vengono chiesti chiarimenti in merito al calcolo dello stesso.

La Regione, con nota n. 96 del 13 ottobre u.s., ha dichiarato che il suddetto indicatore non tiene conto di tutte le strutture che utilizzano strumenti informatici di refertazione, come era stato considerato nel 2013, bensì delle sole strutture che hanno attivato servizi di refertazione digitale con sottoscrizione dei referti con firma elettronica qualificata o firma digitale.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

SI RINVIA AL PUNTO L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

La regione Piemonte ha allocato le risorse destinate all'erogazione dell'assistenza farmaceutica registrando un andamento in riduzione dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul fabbisogno sanitario regionale (FSR) nel corso degli ultimi quattro anni.

In particolare, la spesa farmaceutica territoriale del Piemonte risulta inferiore al tetto prefissato di questa voce di spesa (11,28% per l'assistenza territoriale al lordo della "quota eccedente i prezzi di riferimento dei farmaci", rispetto al tetto del 11,35%).

Al contrario, la Regione ha fatto registrare una incidenza percentuale della spesa farmaceutica ospedaliera ancora molto elevata (5,35%, rispetto al tetto programmato del 3,5%).

La Regione evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, con un disavanzo di 80 milioni di euro.

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

I risultati incoraggianti, sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, sono stati conseguiti grazie ad una serie di manovre incentrate nell'ambito della ottimizzazione delle proprie risorse, in particolare attraverso la definizione e il monitoraggio di obiettivi sulla spesa farmaceutica territoriale attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie. Dai dati di monitoraggio di spesa regionale si può confermare che l'obiettivo programmato è stato raggiunto.

Per raggiungere l'abbattimento percentuale della spesa farmaceutica previsto, la Regione ha demandato alle ASL l'adozione di opportune iniziative d'intervento sui vari canali distributivi, convenzionata, per conto e diretta, onde raggiungere il valore di riferimento per la spesa farmaceutica territoriale 2014.

Inoltre, nell'ottica del rispetto dei tetti di spesa e dal momento che la spesa farmaceutica territoriale è notevolmente condizionata dalle prescrizioni specialistiche, la Regione ha invitato le ASL a sottoscrivere appositi accordi di programma interaziendali con le Aziende Ospedaliere del territorio.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la regione Piemonte ha fatto registrare una spesa di circa 436 milioni di euro, sostanzialmente superiore rispetto all'anno

precedente (380 milioni di euro), dovuta ai numerosi atti regionali con effetti organizzativi e di ottimizzazione della stessa emanati in questo ambito assistenziale.

La Regione si è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero di livello regionale aggiornato quattro volte nel corso del 2014 e trasmesso all'AIFA.

Infine, la regione Piemonte ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, con tempistiche superiori a diverse Regioni italiane.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 93% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2014.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 93% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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 DGR 1-600 del 19.11.2014 relativa all'adeguamento della rete ospedaliera agli standard della Legge 135/2012 e al Patto per la Salute 2014-2016 e Linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale.

La regione Piemonte non ha raggiunto la copertura totale della Tabella 1G del Conto annuale al 31 dicembre 2014 per mancata informazione relativa alla struttura 201 TO1 010012 Ospedale Evangelico Valdese.

A tal proposito la Regione ha trasmesso il 26 gennaio 2016 una nota per informare che la copertura della Tabella 1G – Strutture semplici e complesse e posizioni organizzative e di coordinamento per l'anno 2014 è da ritenersi totale, in quanto l'unica struttura che non ha inviato i dati, l'Ospedale Evangelico Valdese (codice NSIS 010012) è in realtà una struttura dismessa non più attiva per tutto l'anno di riferimento 2014.

Si fa presente che l'assenza di attività di ricovero deve portare alla eliminazione della suddetta struttura dall'anagrafe delle strutture di ricovero HSP.11 non solo per l'anno 2014, ma anche per gli anni 2015 e 2016.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato già per la verifica 2013 di aver recepito 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".

aa0) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La Regione con DGR 363 del 9 giugno 2015 ha recepito a livello regionale il documento “Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali” sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

Allegati Piemonte

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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	98,35%	2	6,0	
2	Mod. FLS.11	2	% ASL che hanno inviato il modello FLS.11 (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 FLS.12 (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	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 tab. T1C bis rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	98,25%	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	100,00%	2	1,0	
11	STS 21	1,5	%modelli STS.21 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 STS.24 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) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilitimento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	90,70%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_livello\_di\_istruzione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_data\_prenotazione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_classe\_priorità}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_causa\_esterna}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	97,10%	2	1,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 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	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%	99,68%	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	HSP.11/12	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	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	1,90	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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	1,93	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)	1,99	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	1,98	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 $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usl\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	0,000%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	96,72%	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		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			VALUTAZIONE	NOTE
1		Obblighi informativi e Indicatori		0	1	2		
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	2	44,0 - 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	ADEMPIENTE
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	2	4	
						8	

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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	65,9%	10
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	100,0%	20
U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	20,56%	41
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	5,32%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		86

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	9,9	13,5	9,7	13,5	8,3	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	6,0	10,5	5,8	10,0	5,6	9,9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	9,9	9,1	8,4	7,7	7,6	6,6

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 nonché 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. <u>Regioni dell'OM</u> ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. <u>Regioni dell'OM</u> <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi 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 ovinocaprine controllate (3%) per anagrafe ovinocaprina	≥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.

Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio *peso	NOTE
		Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2			
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]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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
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]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	2	12	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
BENESSERE TRASPORTO - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	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]	<i>non coerenti</i>	coerenti	2	8	

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 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	<i>≥ 95% dei controlli previsti</i>	2	8	
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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni</i>	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni</i>	2	8	
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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	<i>Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (3284 controlli su 15733 operatori pari al 21%)</i>	<i>Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>	1	5	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

SALMONELLOSI ZOOTICHE - 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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , e nei tacchini da riproduzione e ingrasso [vedere annotazione]	<i>< 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"</i>	<i>≥ 90% delle registrazioni dei campionamenti inseriti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per ciascuno dei piani applicabili, e validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"</i>	2	12	
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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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	<i><85% di bovini morti testati per BSE</i>	<i>≥ 85% di bovini morti testati per BSE</i>	2	6	

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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea	2	6	
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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea	2	8	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
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	

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]	<i>trend in aumento</i>	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]	<i>< dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	≥ dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report	2	12	
OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003. 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 2014	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione</i>	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	<i>validazione effettuata oltre la scadenza prevista</i>	validazione effettuata entro la scadenza prevista	2	8	
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	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	inviato, debitamente compilato, entro la data prevista	% di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte [vedere annotazione]	<i>numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>	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	

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	<i>< 90% dei questionari di non conformità inseriti</i>	≥ 90% dei questionari di non conformità inseriti	referti rilasciati dal laboratorio entro i tempi indicati dal PNR 2014 per ciascuna delle categorie (10 giorni lavorativi per le sostanze di Cat. A e 30 giorni lavorativi per quelle di cat. B) [vedere annotazione]	<i>< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati</i>	≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati	2	10	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
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	<i>Mancanza di comunicazione del cellulare</i>	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]	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1 .</i>	Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, maggiore di 1	2	12	
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]	<i>arrivo dei dati oltre il termine</i>	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]	<i>> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	≤ 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
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	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	<i>meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04	2	8	

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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	<i>tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2014	2	10	
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	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	trasmesso entro la data prevista	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti</i>	allegato 3 inviato, corretto e completo	2	12	
TOTALE	100								195	

SUFFICIENTE con 97,5% e 5 indicatori vincolanti su 6



c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

I modelli richiesti sono stati inviati e la qualità degli stessi è stata garantita. Relativamente al confronto CE-LA è emerso che sussistono discrepanze in merito alla voci di mobilità sia attiva che passiva intra ed extraregionale. La Regione ha giustificato tale differenza, attribuibile alle partite intercompany.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La copertura dei dati risulterebbe complessivamente buona, tuttavia si evidenziano criticità sui flussi informativi T1C bis – Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private e HSP.24– Nido, nati immaturi. Per quest'ultimo flusso si rileva il decremento rispetto al 2013.

La qualità dei dati risulta buona. Si evidenzia che la qualità del flusso T1C bis risulta insufficiente.

La regione Puglia, a fronte delle criticità sopra riportate, ha integrato la rilevazione T1C bis senza tuttavia raggiungere un adeguato livello di copertura e qualità.

Permangono inoltre le criticità già segnalate relativamente alla copertura del flusso informativo HSP.24.

Si evidenzia che non è stata effettuata la 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 viene considerata adempiente con impegno a migliorare la copertura e la qualità delle informazioni rilevate dal flusso informativo T1C bis e la copertura del flusso informativo HSP.24.

La regione Puglia deve inoltre validare i dati ai sensi del DM 5 dicembre 2006 – Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Puglia con un punteggio pari a 162 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". 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) (già rilevata nel 2013), 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni), 2 Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (già rilevata dal 2012), 5.2 Malattie animali trasmissibili all'uomo Percentuale di allevamenti controllati per Brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina (già rilevata dal 2012), 5.3 Anagrafi animali e 9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2015, la regione Puglia ha una dotazione conosciuta di 12.935 posti letto, pari a 3,16 per 1.000 abitanti, di cui 2,81 per pazienti acuti (11.506 posti letto) e 0,35 per riabilitazione e lungodegenza (1.429 posti letto). Si segnala che la Regione deve effettuare la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13 in base dati 2014 e 2015.

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

In via preliminare si evidenzia che, in sede di valutazione 2013, in presenza di un tasso di ospedalizzazione totale (in decremento) di 163,64 per 1000 abitanti, la Regione era stata considerata adempiente con impegno ad adottare provvedimenti utili a ricondurre il tasso di ospedalizzazione entro gli standard nazionali.

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014) un tasso di ospedalizzazione totale di 175,73 nel 2012, 163,64 nel 2013 e 152,76 nel 2014.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è stata ricondotta entro il valore del 25% nei tre anni di riferimento; in particolare, nel 2014 è pari al 20,19%. Si segnala che tale valore è immediatamente al di sopra del limite inferiore del 20% previsto per la positiva valutazione della componente diurna.

Si valuta positivamente la contrazione dei valori espressi dall'indicatore in esame nel triennio di riferimento; inoltre, considerando il soddisfacimento degli standard sia del tasso totale che della relativa quota riferita al ciclo diurno, si considera superato l'impegno 2013 e si valuta positivamente l'adempimento 2014.

g) Appropriatezza

INADEMPIENTE

La regione Puglia con una percentuale pari al 29,4% di DRG critici, si colloca nell'area dell'inadempienza. Si segnalano criticità per i DRG 006, 019, 038, 040, 041, 047, 051, 073, 088, 131, 139, 142, 187, 243, 251, 252, 254, 266, 282, 283, 284, 301, 327, 339, 352, 364, 381, 399, 409, 411, 412 e 467 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

H.1 Monitoraggio ex post

Dai dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 e pervenuti al Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica risulta che la percentuale di corretta compilazione dei campi non raggiunge la soglia prevista per i campi Classe priorità prestazione (14,87%) e Data prenotazione prestazione (83,81%). Relativamente al calcolo degli indicatori relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (già previsti per l'anno 2013) e, ai soli fini informativi, RMN Colonna vertebrale, Ecografia ostetrico-ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia, si constata che viene soddisfatta la soglia per Visita oculistica (classe D), TAC Torace senza e con contrasto (classe B e classe D), Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (classe D). Non viene soddisfatta la soglia prevista per la Mammografia.

La Regione non ha trasmesso il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante. Dai dati in possesso del Mds si ricava che la percentuale di garanzia per ambedue i periodi indice e per ambedue le classi di priorità non raggiunge la soglia di adempienza.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

La regione raggiunge per l'anno 2014 la soglia del 90% riguardo il campo Data di prenotazione e il campo Classe di priorità sia in Regime ordinario che Day Hospital.

Da fonte "Rapporto SDO anno 2014" risulta che l'attesa media in gg. per intervento Tumore mammella è di 23,6 gg. rispetto la media nazionale di 24,7 gg.; per intervento Tumore colon retto è di 16,6 gg. rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

Dai dati pervenuti risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

Le informazioni relative alle indicazioni per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni sono state già fornite dalla Regione per la verifica 2013.

Infine, la Regione comunica che non risultano sospensioni dell'attività di prenotazione presso le strutture sanitarie.

H.5 Monitoraggio PDT complessi

Dai dati pervenuti risulta che il monitoraggio è stato effettuato.

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

La Regione ha compilato la tabella attestante la verifica della presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web delle Aziende erogatrici.

La Regione risulta adempiente con impegno a superare le criticità emerse relativamente al Monitoraggio ex post e al Monitoraggio ex ante.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: PUGLIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	668.405.181	9,15%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	10.650.895	0,15%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	14.064.259	0,19%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	2.908.726	0,04%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	255.781.873	3,50%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	129.317.903	1,77%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	51.575.319	0,71%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	77.742.584	1,06%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		948.138.494	12,98%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	7.303.269.160	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	828.921.050	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	119.217.444	1,63%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		231,2%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
M=E-L Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione		948.138.494	12,98%
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)	687.676.487	9,42%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	32.271.009	0,44%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	6.261.133	0,09%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	168.212	0,0023%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	1.235.106	0,02%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		391.959.154	5,37%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	7.303.269.160	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	255.614.421	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	2.530.000	0,03%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	4.261.000	0,06%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		431.021.163	5,90%
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	175.406.742	2,40%

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

In attuazione del Programma Operativo 2013-2015 sono in corso una serie di azioni volte all'implementazione della contabilità analitica. Nella Regione infatti è in atto il progetto MOSS (Sistema informativo per il monitoraggio della spesa del SSR), basato su piattaforma ERP (Enterprise Resource Planning), la cui realizzazione è affidata alla società Innovapuglia Spa, che ha fornito il Progetto esecutivo con allegato il cronoprogramma ed il quadro economico.

Sono inoltre in corso i lavori del Tavolo Tecnico composto da rappresentanti della Regione, di Innovapuglia e degli Enti del SSR per la definizione dei requisiti funzionali del Sistema informativo ERP MOSS da inserire nel capitolato di gara europea di prossima indizione.

Relativamente all'obiettivo B2 "Capacità di quantificare le attività territoriale svolta in ospedali e in generale, fenomeni di comunanza di costi tra livelli diversi" la Regione ha evidenziato difficoltà nella corretta determinazione dei costi ai fini della compilazione del modello LA, non potendosi realizzare una quantificazione puntuale e/o giornaliera di personale per i diversi livelli. Relativamente a quest'ultima criticità sono in corso rilevazioni medie per tipologia di reparto e azioni volte al miglioramento della corretta quantificazione dei costi per livello assistenziale.

Alla luce di quanto esposto si rinvia al PO per esaminare lo sviluppo delle azioni indicate nel cronoprogramma approvato con DGR 2427/2014.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione viene considerata adempiente in base a quanto dichiarato nella DGR 2595 e nella DGR 2596, entrambe dell'11.12.2014, aventi per oggetto rispettivamente "Nuova approvazione schema di contratto da stipularsi con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali del Servizio Sanitario della regione Puglia" e "Nuova approvazione schema di contratto da stipularsi con i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie del Servizio Sanitario Regionale della Puglia", alle quali sono allegati i contratti in cui all'art. 8 punto 3 viene stabilita la non confermabilità dei Direttori Generali nel caso di mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 68% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico - voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi.

La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

In via preliminare, si rappresenta che la Regione era stata considerata adempiente con impegno nelle verifiche 2012 e 2013.

La Regione non ha inviato alcuna documentazione per superare i suddetti impegni, riguardanti l'adeguamento delle quote di compartecipazione al DPCM Lea (con particolare riferimento all'assistenza residenziale/semiresidenziale ai pazienti disabili).

Relativamente all'anno 2014, il punteggio raggiunto dalla Regione è di 23 punti, così ripartiti:

- Offerta assistenziale: 9 punti (minimo 4 punti)
- Ripartizione degli oneri: 8 punti (minimo 4 punti)
- Cure domiciliari: 0 punti (minimo 3)
- Cure residenziali: 5 punti (minimo 4 punti)
- Cure semiresidenziali: 1 punto (minimo).

La Regione supera il punteggio totale minimo previsto, nonostante le seguenti criticità:

- disallineamento delle quote di compartecipazione al DPCM Lea (con particolare riferimento all'assistenza residenziale/semiresidenziale ai pazienti disabili e ai trattamenti socio-riabilitativi per pazienti psichiatrici)
- assistenza sotto soglia in tutti i livelli di intensità delle prese in carico con cure domiciliari: Liv. 1 + 2= 3.24 (vs 3.26); Liv. 3+4: 0.47 (vs. 0.62)
- scarsa assistenza nei trattamenti residenziali di livello estensivo e nei trattamenti residenziali di lungo assistenza. Si invita dunque la Regione ad attuare misure che consentano una più ampia presa in carico nelle due tipologie di trattamenti indicati. R2: 0.44 (vs 1.27), R3: 0.39 (vs. 0.66).

La Regione viene considerata adempiente con impegno a risolvere le criticità rilevate dal 2012 (disallineamento delle quote di compartecipazione al DPCM Lea per l'assistenza residenziale/semiresidenziale ai pazienti disabili e l'assistenza socio-riabilitativa residenziale per pazienti psichiatrici) ed attuare misure che consentano un più elevato numero di prese in carico nelle cure domiciliari integrate e nell'assistenza residenziale alle persone non autosufficienti.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/Numero prese in carico con FLS.21= 134%

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 = 80,47%

Esito: Adempiente

- Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti): 3,62
- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	
7.559	1,87	5.571	1,38	601	0,15	1.309	0,32	15.040

Dati aggiornati all'8.7.2015

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti(FAR)/Numero utenti rilevati con modello STS.24-Quadro F-Tipo assistenza= 2 (Assistenza Semiresidenziale)= 188,57%

Esito: Adempiente.

Si chiede alla regione di allineare il dato NSIS al dato trasmesso con i modelli SIS.

Numero assistiti (FAR)/Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza= 2 (Assistenza Residenziale)= 106,57%

Esito: Adempiente

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 1,22
- 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.
701	0,17	1776	0,44	761	0,19	1416	0,35	4419	1,15	263	0,06	280	0,07	528	0,13	4930

^(*) 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

Con delibera 915/2013 la Regione ha previsto in base all'art. 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 un abbattimento del 40% per le tariffe di lungodegenza per un valore soglia superiore ai 60 gg. Non avendo adottato ulteriori provvedimenti che modificano l'adempimento, la Regione risulta essere adempiente.

u) Prevenzione

INADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la regione Puglia risulta pari a 60 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

La regione Puglia ha risposto a tutti i quesiti del Questionario fornendo le informazioni richieste. In particolare, per quanto concerne la programmazione della formazione per gli operatori sanitari, la Regione con DGR 381 del 03.03.2015 ha approvato il "Piano regionale della Cultura alla Salute 2014-2015", ponendosi come obiettivo generale quello di promuovere la formazione su tutto il territorio regionale attraverso i Piani formativi aziendali, specifici progetti finalizzati al miglioramento del sistema sanitario regionale, e attraverso la formazione manageriale.

Ha descritto le funzioni dell'Osservatorio regionale, la cui costituzione è stata rinnovata con DGR n. 382 del 03.03.2015 e ha dichiarato che dal monitoraggio effettuato sul sistema di accreditamento risultano attualmente accreditati 20 provider sia pubblici che privati, ciascuno dei quali utilizza la piattaforma informatica per inviare i report dei partecipanti agli eventi formativi al CoGeAPS e all'ente accreditante, utilizzando il tracciato unico come previsto dalla normativa.

x) Implementazione percorsi diagnostico-terapeutici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dall'analisi della documentazione pervenuta si constata l'impegno della Regione nello strutturare un'attività di implementazione dei PDTA ma non si evince l'atto formale dei nuovi PDTA tra quelli indicati nel Questionario.

La Regione dichiara che il monitoraggio viene costantemente condotto.

Si richiede alla Regione di inviare tutte le informazioni necessarie relative ai nuovi PDTA e agli esiti dell'attività di monitoraggio.

La regione Puglia ha trasmesso documentazione integrativa, valutata positivamente pur rilevando la mancanza di una attività ancora in fase di strutturazione.

Si sollecita la Regione ad elaborare altri PDTA (ricompresi nell'elenco del Questionario) a garanzia di pazienti affetti da patologie di forte impatto sulla popolazione.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

La Regione compila la tabella del Questionario e dichiara di non erogare livelli ulteriori.
Anche dal modello LA non risultano livelli ulteriori.

ah) Accredimento istituzionale

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La regione Puglia ha recepito l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, tuttavia dichiara di non aver concluso l'iter di accreditamento delle strutture, rinviando ad una relazione inviata in data 20 luglio 2015.

Dalla lettura di tale analisi si evince che per alcune strutture socio sanitarie l'iter è ancora in essere e non appare concluso, così come è ancora in valutazione la maggior parte delle strutture di dialisi.

In data 8 marzo 2016 la Regione trasmette una nota con la quale ribadisce che le strutture di riabilitazione psichiatrica e dialisi sono ancora in valutazione e oggetto di disciplina secondo la Legge regionale n. 4/2010.

Si chiede alla Regione di fornire un dettaglio delle strutture accreditate attestante il completamento del processo di accreditamento definitivo e, con riferimento alle strutture in corso di nuovo accreditamento ed in particolare alle strutture di riabilitazione psichiatrica e di dialisi si chiede una specifica del periodo di inizio di esercizio delle stesse e della tempistica prevista per la conclusione del percorso di riconoscimento dell'accREDITamento definitivo.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La regione Puglia ha compilato il Questionario ed ha trasmesso una nota in cui dichiara che a far data dalla DGR n.745 del 05.05.2009 non sono state attivate sperimentazioni gestionali.

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

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Regione ha allegato il Regolamento Regionale n. 14/2015 avente ad oggetto "Regolamento per la definizione dei criteri per il riordino della rete ospedaliera della regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 – Patto per la Salute 2014-2016".

Con riferimento alla medicina di laboratorio, sono stati riportati per la maggior parte dei quesiti gli stessi valori dell'anno precedente indicando, inoltre, che sono in attesa di conferma. Per quanto riguarda lo stato dell'arte del processo di riorganizzazione, è stato specificato che "è in corso la riorganizzazione della rete privata".

A marzo 2016 la Regione trasmette documentazione integrativa, in particolare una nota contenente informazioni in merito allo stato di avanzamento delle attività finalizzate alla realizzazione degli obiettivi prioritari del Programma Operativo 2013-2015. Con riferimento all'Obiettivo Prioritario: Riorganizzazione rete laboratoristica, in particolare l'Azione relativa al piano di riorganizzazione della rete dei laboratori privati con relativo cronoprogramma di implementazione, la Regione ha dichiarato che entro settembre 2016 sarà formalizzato un Piano di riorganizzazione della Rete a seguito di intesa con il privato accreditato.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La Regione trasmette la Tabella 1 (Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 septies Legge 133 del 6.08.2008) e la Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009).

In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 87.869 controlli, pari al 20% del totale mentre effettua per le strutture private accreditate 79.074 controlli, pari al 39%; delle cartelle controllate non sono state confermate l'8% delle cartelle sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate.

In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza 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 pari al 2,5% della totalità delle cartelle cliniche.

Per quanto concerne le misure adottate successive ai controlli sanitari, si chiede di specificare con maggior dettaglio all'interno del report preposto, le misure adottate dalle strutture pubbliche e la metodologia di calcolo degli abbattimenti tariffari delle strutture private non inseriti all'interno delle tabelle.

La regione Puglia trasmette documentazione integrativa, in particolare con nota prot. 21107 del 14 ottobre 2015 invia il Report secondo quanto previsto dall'art.3 comma 2 del DM 10 dicembre 2009. Si ritiene la Regione adempiente per l'anno 2014; si ritengono inoltre superate le criticità degli anni 2012 e 2013.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

Si valutano positivamente i punti relativi all'istituzione della Rete assistenziale palliativa e della Rete di terapia del dolore; si esprime parere positivo sulle attività correlate alle campagne di comunicazione ai cittadini sull'istituzione della Rete di assistenza palliativa e alla formazione agli operatori.

Relativamente alla tabella degli indicatori, la medesima è stata corredata di tutti i risultati per tutti gli indicatori. Si osserva, in particolare, che l'indicatore n. 1 riporta un valore più basso rispetto agli standard di riferimento del DM 43/07.

Ciò premesso, fermo restando che la Regione debba continuare a perseguire iniziative atte a garantire il pieno raggiungimento degli indicatori, considerati gli sforzi di miglioramento in tale settore, la Regione è considerata adempiente.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2014 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 STS.11: 11/11 (100%)

AO.3

ADEMPIENTE

In sede di prima valutazione non era stato possibile completare l'istruttoria in quanto la Regione non risultava aver trasmesso documenti inerenti la formale istituzione del percorso assistenziale in continuità di cure; pertanto non era stato possibile superare l'inadempienza del 2013.

Successivamente, la Regione ha trasmesso documentazione inerente l'istituzione della rete regionale dei centri di terapia del dolore ai sensi della Legge 38/10, anche volta a definire uno specifico percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il paziente affetto da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa, incentrato sul modello del tipo Hub & Spoke e mirato alla continuità di cure. Si dà atto che l'iniziativa regionale è volta, fra l'altro, a garantire che sia riportata nella documentazione clinica la rilevazione del dolore, la sua evoluzione nel corso del ricovero nonché la tecnica antalgica utilizzata.

Si valuta positivamente l'integrazione documentale prodotta, che consente di superare l'inadempienza 2013; inoltre, la Regione è considerata adempiente per l'anno 2014.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

La Regione era stata considerata nelle verifiche 2012 e 2013 adempiente con impegno ad 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).

Per la verifica 2014 la Regione trasmette la DGR n. 416 del 11.03.2015 recante "Accordo C.U. 26 novembre 2009. Strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali dei minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria" che consente il superamento degli impegni pregressi.

Inoltre, la Regione ha dimesso dagli OPG una percentuale di pazienti pari al 54% e ha formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 3-ter della Legge n. 9/2012 e s.m.i. in coerenza con le indicazioni del Ministero della salute.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

INADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha implementato 15 Raccomandazioni ad una percentuale maggiore dell'80%.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la tabella e dai valori comunicati risulta che viene raggiunta una percentuale pari al 30%.

La Regione non trasmette la relazione relativa alla presenza di una procedura per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antineoplastici.

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

La Regione invia le informazioni richieste circa i corsi di sicurezza del paziente.

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

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che il 98% delle UO chirurgiche regionali utilizzano la Checklist.

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione ha predisposto un piano per la prevenzione.

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione dichiara che "la funzione di analisi è affidata alla UOC Risk Management", tuttavia non vengono dati ulteriori elementi per comprendere a quale livello sia stata istituita tale UOC.

Con nota del 18 novembre 2015 viene precisato che "ciascun evento sentinella inserito nel Simes è comunicato al Coordinamento regionale che ha una prospettiva sistemica, periodicamente approfondito e monitorato dal Comitato del Rischio clinico regionale". Si fa presente che ai fini della verifica si richiede in primo luogo se la Regione abbia istituito un gruppo di esperti per l'analisi degli eventi sentinella nonché la presenza di un sistema di monitoraggio dei piani di miglioramento attivati successivamente agli eventi stessi. Si resta in attesa della trasmissione da parte della

Regione dell'atto formale di istituzione degli esperti per l'analisi degli eventi sentinella nonché i riferimenti relativi al sistema di monitoraggio 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 ha fornito gli indicatori di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

aab) Sistema Informativo assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 109,90%

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: 80,33%

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.

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella.

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
18333	8411	3119	7840	3680	1822	314	1678	1088	2654	48939

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 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014/Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 96,5%

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: 97,5%

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): 1,34

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato di aver eseguito 50 visite di verifica (2 visite per ogni Servizio Trasfusionale della rete) su un totale di 20 Servizi Trasfusionali accreditati e 4 trasformati in Articolazioni Organizzative dei Servizi Trasfusionali.

La Regione ha dichiarato di aver eseguito 134 visite di verifica finalizzate all'autorizzazione ed accreditamento delle Unità di Raccolta su un totale di 73 Articolazioni Organizzative autorizzate/accreditate.

La Regione ha provveduto a rilasciare i relativi Decreti di autorizzazione/accreditoamento per i Servizi Trasfusionali e per le Unità di Raccolta risultati in possesso dei requisiti.

Il programma annuale per l'autosufficienza regionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2015, elaborato dal Coordinamento Regionale delle Attività Trasfusionali (CRAT) sulla base dei dati di attività dell'anno 2014, è riconducibile all'inserimento dei dati nel Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (SISTRA), trasmessi al Centro Nazionale Sangue, e non ad un formale provvedimento regionale.

aaf) Percorso nascita

INADEMPIENTE

Si prende atto della chiusura, con apposito atto aziendale, dei PN di Canosa, Casa di Cura S.Francesco di Galatina, Manfredonia e Ostuni, che rappresentavano alcuni dei problemi ostativi all'espressione dell'adempimento relativa alla verifica 2013.

In merito alla persistenza di tre PN con volumi di attività inferiori a 500 parti/anno si rappresenta che la regione Puglia dovrà richiedere al Comitato Percorso Nascita Nazionale una valutazione circa la persistenza in deroga dei suddetti PN, seguendo la procedura metodologica messa a punto dal CPN Nazionale.

Nella documentazione trasmessa dalla Regione mancano i chiarimenti richiesti e la documentazione di supporto relativa alla riorganizzazione della rete consultoriale pugliese. La Regione non riporta nulla relativamente allo stato di attuazione della riorganizzazione dei Consultori familiari, né la tempistica relativa; in precedenza era stato dichiarato che con decisione del CPN regionale, peraltro non formalizzata dalla Regione, si estendeva a tutti i consultori regionali il Diario della gravidanza, già attivo a livello delle ASL di Foggia e Taranto

In merito all'implementazione delle Linee guida relative alla gravidanza fisiologica ed al taglio cesareo elaborate da SNLG-ISS e all'implementazione della raccomandazione per la prevenzione della mortalità materna, la Regione dichiara che "è in corso, da parte del Comitato Percorso Nascita

regionale, il monitoraggio degli atti di recepimento della DGR 413/2015 da parte di tutte le ASL e AO, cui seguirà l'attività di verifica della loro implementazione" senza la tempistica di tale azione, necessaria a fronte del forte ritardo con cui la Regione sta ottemperando a quanto previsto dall'Accordo del 16.12.2010.

Con documentazione integrativa, la regione Puglia ha fornito i richiesti 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 (volumi < 500 parti anno), mentre nel primo semestre 2014, come si rileva dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, tale PN apparentemente non ha effettuato parti, elemento che contrasta sia con alcune segnalazioni pervenute che con la pagina web del suddetto Ospedale: il sito dell'Ospedale di Corato, che risulta aggiornato al 17.11.2014, evidenzia chiaramente l'attività in essere di tale PN.

La Regione chiarisce che c'è stato un incongruente utilizzo nel 2014 del subcodice stabilimento, essendo state inviate tutte le SDO con il codice istituto unico 16015800. In merito a ciò la Regione dichiara che nel 2015 tale incongruenza è stata superata e le SDO sono state correttamente inviate con il codice 16015801, nel caso di parti presso lo stabilimento San Paolo di Bari e con il codice 16015804 nel caso dello stabilimento di Corato.

Nulla viene chiarito relativamente all'implementazione dell'offerta della partoanalgesia.

Relativamente all'attuazione di STAM/STEN la Regione dichiara che "per quanto attiene il trasporto STAM e STEN si precisa che nel Regolamento Regionale n. 14/2015 di riordino della rete ospedaliera 2015-2016 e definizione di modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 – Patto per la salute 2014-2016, si è inteso disciplinare dettagliatamente il predetto trasporto".

Da analisi del suddetto regolamento, che riguarda l'aspetto ospedaliero e non quello dell'emergenza/urgenza che attiene ad ambiti territoriali, tranne per la parte che riguarda la costituzione della rete con le UTIN, non si evincono elementi che chiariscano le modalità e i tempi di attuazione di STAM/STEN.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La Regione ha trasmesso le stesse informazioni già fornite per l'anno 2013, rinviando alla DGR n. 2251 del 28.10.2014 che ha ridisegnato una nuova rete dell'emergenza-urgenza.

Non sono stati forniti aggiornamenti rispetto agli altri punti richiesti. In particolare, nessuna informazione è stata fornita sullo stato di attuazione delle 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.

Si prende atto di quanto programmato per l'area dell'emergenza e, nell'attesa dell'attivazione, si chiede di trasmettere, ad integrazione di quanto già inviato, una relazione sulle azioni individuate e poste in essere in merito alla rete dell'emergenza-urgenza, sullo stato dell'arte delle reti assistenziali tempo dipendenti e sui relativi sistemi di monitoraggio individuati per la verifica dell'attività.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2014 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: 99,18%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/totale record inviati: 99,95%

Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 292,52
- Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso: vedi tabelle.

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
63418	5,35%	819828	69,19%	277845	23,45%	12059	1,02%	192	0,02%	11596	0,98%	1184938

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		N.A.		
73665	6,22%	859013	72,49%	187903	15,86%	11202	0,95%	741	0,06%	52414	4,42%	1184938

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014/N. di interventi al 118 anno 2013 = 105,85%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

data/ora inizio chiamata corretta: 100,00%

data/ora arrivo mezzo di soccorso: 95,88%.

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). Il valore rilevato nell'anno 2013 era pari a 17.

aah) Cure primarie

La riorganizzazione dell'assistenza distrettuale che la Regione sta portando avanti prevede l'ottimizzazione dei servizi in risposta ai bisogni crescenti della popolazione più fragile e la rifunzionalizzazione dell'intero sistema dell'offerta per assicurare la copertura assistenziale nell'arco delle 24 ore. La caratteristica principale della rete dei servizi sanitari pugliesi è infatti quella delle forme evolute di collaborazione tra i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta con il personale dei Distretti Sociosanitari, nell'ottica di una riorganizzazione complessiva dell'assistenza territoriale secondo modelli gestionali di tipo integrato. Ciò in linea con il Programma Operativo 2013-2015 che prevede un modello organizzativo distrettuale in grado di assicurare l'integrazione ospedale territorio ed il coordinamento della rete in modo da assicurare le attività concernenti l'assistenza primaria anche attraverso la valorizzazione delle forme complesse di associazionismo medico. Tali nuove forme evolute di associazionismo medico sono state già configurate come Centri Polifunzionali Territoriali (CPT) e attualmente attuati nelle ASL di Bari (1 CPT con 8 MMG), nella ASL di BAT (1 CPT con 10 MMG), nella ASL di Brindisi (1 CPT con 9 MMG) e nella ASL di Lecce (2 CPT costituiti ciascuno da 7 MMG). I CPT sono stati collocati nell'ambito dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) e saranno convertiti in UCCP a seguito della sottoscrizione dell'Accordo Integrativo

Regionale. Inoltre nel territorio regionale sono attualmente attive, oltre ai PTA, altre forme organizzative complesse con una apertura continuata h24 che sono la Casa della salute di Galliano del Capo, l'UTAP di Gallipoli e la Cittadella della Salute di Corigliano d'Otranto. Le attuali forme di associazionismo monoprofessionali quali la medicina in associazione, la medicina in rete e la medicina di gruppo, istituite con atti formali delle Aziende Sanitarie Locali, evolveranno nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

Seppure non siano ancora stati adottati gli atti formali di istituzione dei modelli organizzativi (UCCP e AFT) previsti dalla vigente normativa (legge 189/2012 e Patto per la Salute 2014-2016), nel processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale pugliese sono entrambi previsti.

aai) Riabilitazione

INADEMPIENTE

La regione Puglia ha definito i percorsi riabilitativi per quanto riguarda la frattura del femore, l'ictus cerebrale, la protesi d'anca, la protesi del ginocchio e il morbo di Parkinson. Ai fini dell'appropriatezza delle prestazioni le verifiche vengono effettuate dall'UVARP.

Per quanto riguarda i dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedalieri, vedere tabella allegata.

Per l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2014, si registra un miglioramento del trend nel triennio 2012-2014; tuttavia il valore per l'anno 2014 registra ancora una variazione negativa rispetto al valore Italia.

Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza la Regione presenta una posizione negativa rispetto al valore Italia, essendo l'indicatore notevolmente superiore, anche se evidenzia un trend al miglioramento nel triennio 2012-2014.

Per l'indicatore relativo all'appropriatezza organizzativa, il livello di inappropriatezza è superiore al valore nazionale.

La Regione è inadempiente in quanto registra per gli indicatori valori negativi rispetto al valore nazionale. Si sollecita la Regione ad intraprendere azioni mirate al miglioramento dell'appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera.

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

INADEMPIENTE

La regione Puglia risulta inadempiente in quanto sufficiente per 3 items 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 la percentuale dei controlli 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 71,5%) ma non è risultata sufficiente per 2 indicatori vincolanti su 6. In proposito si segnalano l'invio incompleto dei dati relativi alle somme effettivamente percepite, i costi del servizio prestato per i controlli ufficiali svolti e l'utilizzo non ottimale del Sistema Informativo destinato al controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale (NSIS – Alimenti Pesticidi) nonché un livello insufficiente per le attività di farmacovigilanza sugli operatori controllabili, la percentuale dei campioni previsti dal Piano Nazionale Residui, la percentuale dei bovini morti testati per BSE oltre al mancato rispetto dei tempi per il rilascio del riconoscimento definitivo per gli stabilimenti che producono alimenti di origine animale.

La Regione trasmette a marzo 2016 documentazione integrativa; si apprezzano le informazioni ricevute riguardanti le misure adottate per assicurare il raggiungimento degli obiettivi sanitari e di attività previsti per il 2016, che tuttavia non modificano la valutazione sopra riportata.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

La Regione ha fornito una relazione sul numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini. Sulla base delle informazioni fornite dalla Regione, 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" è pari al 53%, senza variazioni rispetto al 2013.

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. Malgrado gli sforzi operati, la Regione non ha raggiunto risultati incoraggianti sia sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale che sull'ospedaliera, rilevando ancora la necessità di 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 11,35% e il 5,90% per l'assistenza ospedaliera rispetto al tetto del 3,5%) facendo registrare una spesa ospedaliera tra le più elevate in Italia. La Regione, pertanto, chiude l'anno 2014 registrando un disavanzo di spesa farmaceutica complessiva pari a 294,6 milioni di euro.

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

Le misure di governo della spesa farmaceutica adottate dalla Regione, ai fini del contenimento della stessa, sono risultate insufficienti al rispetto dei tetti di spesa prefissati, rendendo tale spesa farmaceutica una delle più elevate in Italia.

Sul versante della spesa farmaceutica territoriale, la Regione ha emanato numerosi atti, incentrati essenzialmente sulla razionalizzazione della spesa, attraverso il rilascio di raccomandazioni sulla applicazione della nota AIFA n. 13 e il monitoraggio da parte delle ASL dei consumi di Rosuvastatina ed Ezetimibe, oltre alla incentivazione alla prescrizione di medicinali biosimilari, costituendo tale scelta un reale vantaggio economico sul medicinale biologico originatore, nonché il rinnovo del protocollo d'intesa con tutte le Ditte di distribuzione di ossigeno liquido terapeutico per il servizio h24 di ossigenoterapia presso gli assistiti e/o domiciliati nella regione Puglia a seguito di diagnosi e prescrizione da parte delle strutture specialistiche e farmacie convenzionate.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la regione Puglia ha evidenziato numerose azioni incentrate sulla gestione del percorso assistenziale, attraverso l'individuazione di Centri autorizzati alla prescrizione di farmaci ad alto costo (Benlysta, Eylea, Esbriet, Zelboraf, Xegeva, Tarceva, Xiapex, Avastin, Ventibix, XZaltrap, Xtandi, Jevtana, Lucentis e Magugen), ma tali manovre sono risultate insufficienti al contenimento delle dinamiche della spesa stessa.

La Regione si è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero di livello regionale aggiornato tre volte nel corso del 2014 e trasmesso all'AIFA.

La Regione ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, con tempistiche superiori a diverse Regioni italiane.

In data 12.11.2015 la regione Puglia ha trasmesso una nota integrativa in cui vengono evidenziate le attività adottate dalla Regione nell'anno 2014, volte al rispetto dei tetti programmatici di spesa.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2014.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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 risultava per l'anno 2013 adempiente con impegno a trasmettere la delibera di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 26 settembre 2013.

Il suddetto impegno può ritenersi superato con la trasmissione, per la verifica 2014, della DGR n. 2429 del 21.11.2014 con oggetto "Accordo Stato-Regioni. 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. Rep. Atti 134/CSR del 26 settembre 2013. Recepimento".

La Regione ha garantito la copertura dei dati della tabella 1G del Conto annuale.

Dal confronto con il numero di strutture regionali secondo lo standard per l'anno 2014, si rileva che la Regione risulta essere sovradimensionata per quanto riguarda il numero di strutture semplici di n. 483 UOS.

Pertanto, ai fini della verifica, anche se la Regione ha completato la copertura dei dati richiesti, viene considerata adempiente con impegno a procedere alla riduzione delle strutture semplici allineandosi allo standard approvato dal Comitato Lea nella seduta del 26 marzo 2012.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato già per la verifica 2013 di aver recepito l'Accordo del 6 dicembre 2012, ai sensi dell'articolo 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".

aa) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso la Deliberazione della Giunta Regionale 4 giugno 2014, n. 1116 con cui ha recepito a livello regionale il documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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	100,88%	2	6,0	Attenzione: copertura > 100 %
2	Mod. FLS.11	2	%ASL che hanno inviato il modello FLS.11 (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 FLS.12 (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	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 1C bis rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	80,50%	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 STS.14 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	99,55%	2	1,0	
11	STS.21	1,5	%modelli STS.21 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	98,80%	2	3,0	
12	STS.24	2	% modelli STS.24 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	94,12%	0	0,0	La percentuale di copertura nel 2014 è inferiore al 95% e si registra un decremento rispetto al 2013 (94,74%) e rispetto al 2012 (97,44%).
14	Dati SDO	3	media pesata di % copertura istituti (peso = 0.75) e % coerenza SDO-HSP (peso = 0.25) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilimento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_livello\_di\_istruzione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_data\_prenotazione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_classe\_priorità}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_causa\_esterna}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	99,94%	2	1,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 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%	99,92%	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	HSP.11/12	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	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	1,69	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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	1,50	0	0,0	

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)	1,94	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	1,98	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 HSP.24 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	1,98	2	1,0	

14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usl\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	99,94%	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		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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	84,8%	20
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	100,0%	20
U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	11,11%	5
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	5,10%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		60

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	15,0	13,5	14,2	13,5	12,9	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	18,5	10,5	16,6	10,0	17,8	9,9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	11,6	9,1	10,1	7,7	8,5	6,6

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 >98% e <99,9% e inoltre uno dei seguenti casi: - prevalenza delle aziende <0,1% - prevalenza compresa tra 0,1% e 0,3% ma con trend in diminuzione - Regioni con controlli >99,1% ma prevalenza > 0,1% o in aumento.	Controlli effettuati <98% e >96% (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure controlli ≥98% e <99,9% dei controllati e prevalenza in aumento.	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza nella aziende >0,1%. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%
2	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza per tutte le specie	≥ 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. <u>Regioni dell'OM</u> ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e >96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. <u>Regioni dell'OM</u> <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN)
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: 42/90

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]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento (esiti caricati per bovini 0,01% esiti caricati per ovicapri 0,00%)</i>	<i>inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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.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]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	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]	<i>non coerenti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	<i>≥ 95% dei controlli previsti</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni</i>	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni</i>	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.Lg.vo 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (3150 controlli su 6477 operatori pari al 49%)	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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista (tempistica non rispettata)</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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 (47,16%)	≥ 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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>invio corretto e completo entro la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	<i>corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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. DGSF 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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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 (4,70%)	≥ 5% dei capi controllati e disponibili per la data prevista	criterio di rischio adottato per la scelta degli allevamenti da sottoporre ai controlli	<i>>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>	≤85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	1	4	
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]	<i>trend in aumento</i>	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 [vedi annotazione]	<i>< dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	≥ 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. 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 2014	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione</i>	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	<i>validazione effettuata oltre la scadenza prevista</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	inviato, debitamente compilato, entro la data prevista	% di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte [vedere annotazione]	<i>numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>	numero di audit uguale o superiore al 30 % 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	<i>< 90% dei questionari di non conformità inseriti</i>	≥ 90% dei questionari di non conformità inseriti	referti rilasciati dal laboratorio entro i tempi indicati dal PNR 2014 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 (22,5% per Cat. A)	<i>≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati</i>	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	<i>Mancanza di comunicazione del cellulare</i>	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]	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1 .</i>	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 (al 31 agosto dati non presenti sul SI)	<i>arrivo dei dati entro il termine</i>	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 (al 31 agosto dati non pervenuti sul SI)	<i>≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	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	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 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 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04 (57%)	<i>almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	<i>tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	tabella inviata in modo corretto e completo e basata su attività di audit svolta nel 2014	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	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	<i>trasmesso entro la data prevista</i>	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti (compilazione priva delle voci di riparto)</i>	<i>allegato 3 inviato, corretto e completo</i>	1	6	
	TOTALE	100								143	

NON SUFFICIENTE con 71,5% ma 2 indicatori vincolanti su 6



c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli richiesti dall'adempimento in oggetto, garantendo anche la qualità degli stessi. La Regione ha inoltre trasmesso l'Allegato 6 e la relativa riconduzione ai livelli di assistenza.

Statistiche

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La copertura dei dati risulta buona. Si evidenzia tuttavia che la copertura del flusso HSP.12 – posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate, pari al 98,51%, è inferiore alla soglia del 99%.

La qualità dei dati risulta buona.

A fronte delle criticità rilevate nella copertura del flusso informativo HSP.12, la regione Siciliana ha inviato due note concernenti l'Ospedale pubblico di Mazara del Vallo, dalle quali emerge che dal marzo del 2013 l'attività di ricovero della struttura (codice NSIS 19035400) è stata sospesa per lavori di ristrutturazione dello stabile. I vari reparti ed il personale sono stati trasferiti presso i nodi ospedalieri di Marsala e Castelvetro. La Regione prevede che nel corso del 2016 i reparti ospedalieri della struttura saranno riattivati.

Nella medesima nota, la regione Siciliana dichiara altresì che nella struttura di Mazara del Vallo sono comunque presenti alcuni Servizi ospedalieri, tra i quali anche il Pronto Soccorso.

Premesso che l'assetto organizzativo attuale della struttura di Mazara del Vallo non risulta adeguato al livello di emergenza necessario in presenza di un Pronto Soccorso, si evidenzia che per tale struttura i dati inviati attraverso i modelli HSP ed STS presentano una serie di contraddizioni, tra cui:

- la struttura risulta attiva con indicazione della presenza del DEA di 2° livello (modello HSP.11 – Quadro H);
- rilevazione di attività di pronto soccorso (modello HSP24 – Pronto soccorso);
- rilevazione di prestazioni specialistiche per interni (modello STS.21 – Assistenza specialistica territoriale), a fronte di assenza di pazienti ricoverati per l'anno 2014.

Alla luce di quanto sopra esposto la Regione viene considerata adempiente con impegno ad una migliore gestione dell'anagrafica delle strutture della rete di assistenza.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Siciliana con un punteggio pari a 170 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Tuttavia 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 dal 2012), 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni), 2 Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (già rilevata dal 2012, per tale indicatore non sono stati registrati i miglioramenti attesi dalle attività di promozione dei programmi di screening), 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 (già rilevata nel 2013).

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2015, la regione Siciliana ha una dotazione conosciuta di 16.440 posti letto, pari a 3,23 per 1.000 abitanti, di cui 2,85 per pazienti acuti (14.502 posti letto) e 0,38 per riabilitazione e lungodegenza (1.938 posti letto).

Si segnala che in base dati 2014 e 2015 non risulta inviato il modello HSP.12 per la struttura 190354 "P.O. Abele Ajello", ma la regione Siciliana ha comunicato la sospensione dell'attività di ricovero di tale struttura da marzo 2013 per lavori di ristrutturazione (si prevede che la struttura verrà riaperta nel corso dell'anno 2016).

In relazione alla tematica inerente l'offerta dei posti letto regionali, la Regione ha trasmesso il DA 46/2015, relativo alla riorganizzazione della rete ospedaliera, i cui contenuti appaiono in linea con i disposti della L. 135/2012.

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014) un tasso di ospedalizzazione totale di 166,59 nel 2012, di 148,19 nel 2013 e 128,17 nel 2014.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno, che era eccedente il valore del 25% nel 2012 e nel 2013 (rispettivamente 32,3% e 28,01%) è stata ricondotta vicino allo standard di riferimento e, per il 2014, risulta pari al 22,13%.

In riferimento alla tematica in questione, la Regione non ha trasmesso documentazione, in quanto già in linea con i disposti della L. 135/2012.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La regione Siciliana con una percentuale pari allo 0,8% di DRG critici inferiore al valore mediano (8,8%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza. Si segnala la criticità per il DRG 466 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

Dai dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 risulta che la Regione non raggiunge la percentuale di corretta compilazione per il campo "Prestazioni in primo accesso".

Nonostante non sia stata raggiunta la soglia del 90% di corretta compilazione del Campo Prestazioni in primo accesso, si è proceduto al calcolo degli indicatori relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (già previsti per l'anno 2013) e ai soli fini informativi RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica-Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia, la cui soglia è soddisfacente.

La Regione ha inviato il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto per l'anno 2014 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante.

Si evidenzia che la percentuale di garanzia per le prestazioni in classe di priorità B e D non raggiunge la soglia di adempienza per ambedue i periodi indice. Su tale punto si tiene in considerazione il prot. 55359 del 6 luglio 2015 avente per oggetto Relazione sullo stato di attuazione degli interventi al

mese di giugno 2015 in riscontro alla richiesta formulata dal tavolo ministeriale nella riunione di verifica del 21 luglio 2015.

La Regione ha diffuso a tutte le aziende sanitarie la direttiva 833369 del luglio 2014 con la quale sono state indicate le azioni per favorire il superamento delle criticità già segnalate dal Mds. Tra le varie soluzioni il servizio DASOE ha organizzato per il 2015 una piattaforma informatica che le aziende sanitarie utilizzano per inserire i dati ex ante delle settimane indice.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

La Regione per l'anno 2014 raggiunge la soglia del 90% riguardo il campo "Data di prenotazione" e il campo "Classe di priorità" sia in Regime ordinario che Day Hospital.

Ai soli fini informativi, si è proceduto all'esame dei dati in possesso del Ministero relativamente ai tempi di attesa per intervento chirurgico mammella, intervento chirurgico tumore colon retto.

Da fonte "Rapporto SDO per l'anno 2014" risulta che l'attesa media in gg. per intervento Tumore mammella è di 19,7 gg. rispetto la media nazionale di 24,7 gg.; per intervento Tumore colon retto è di 17,7 rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

Dai dati pervenuti risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

La Regione facendo riferimento al DA/2011 fornisce indicazioni al fine di ripristinare la regolare attività assistenziale anche attraverso, ove possibile, l'incremento dell'attività nei giorni immediatamente successivi l'interruzione.

La Regione ha dato indicazioni affinché le sospensioni dell'attività di prenotazione siano gestite responsabilizzando le aziende sanitarie all'integrazione e ad interventi correttivi.

H.5 Monitoraggio dei PDT complessi

Dall'esame dei dati relativi al monitoraggio dei PDT complessi dai dati pervenuti risulta che il monitoraggio è effettuato.

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

La Regione ha compilato la tabella attestante la verifica della presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web delle Aziende erogatrici pubbliche.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: SICILIA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	769.635.327	8,64%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	13.055.016	0,15%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	16.474.748	0,18%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	3.440.922	0,04%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	251.832.250	2,83%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	159.765.934	1,79%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	66.971.390	0,75%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	92.794.544	1,04%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		1.055.468.280	11,85%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	8.910.068.882	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	1.011.292.818	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	44.175.462	0,50%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		66,0%
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
M=E-L Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione		1.055.468.280	11,85%
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)	641.624.066	7,20%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	30.339.741	0,34%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	5.593.827	0,06%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	31.591	0,0004%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	1.528.312	0,02%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		352.298.345	3,95%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	8.910.068.882	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	311.852.411	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC da fonte CE - Ministero della Salute)	7.389.000	0,08%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	8.000	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		390.035.086	4,38%
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	78.182.675	0,88%

n) Contabilità analitica

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Regione per l'obiettivo A4 "Capacità di quantificare gli scambi interni" ha raggiunto la percentuale del 55% e non quella del 66% prevista per l'anno 2014; purtroppo la Regione si sta adoperando per rendere l'applicazione della contabilità analitica uniforme a livello regionale, emanando delle linee guida per le aziende del Servizio Sanitario regionale. Entro la fine del 2015, inoltre, la Regione prevede per le aziende l'adozione di flussi standard per la rilevazione dei valori economici e dei principali parametri e valori fisico tecnici. In merito all'obiettivo predetto è inoltre allo studio un sistema di rendicontazione per la rilevazione delle prestazioni specialistiche, di

diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime di ricovero e di pre e post ricovero, colmando in tal modo le lacune informative che si presentano all'interno di ciascuna azienda. Con DDG n. 1837 del 31.10.2014 è stato inoltre nominato il responsabile regionale per l'attuazione della contabilità analitica. Alla luce di quanto esposto si attende di valutare l'ultimazione delle azioni necessarie per il pieno raggiungimento dell'obiettivo nel corso dell'anno 2015. Si rinvia pertanto alla valutazione del Programma operativo.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione, in base alla DGR n. 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 2014, 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'83,5% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione non ha inviato alcuna documentazione per superare le adempienze con impegno degli anni 2012 e 2013 concernenti l'adeguamento della normativa regionale a quanto previsto dal DPCM LEA 2001 relativamente all'assistenza residenziale alle persone disabili (non è prevista la quota di compartecipazione del 60% a carico del Comune per il trattamento residenziale di disabili privi di sostegno familiare). Con DA 5 marzo 2014 si introduce una partecipazione a carico del Comune/assistito per la residenzialità psichiatrica ma la quota non è coerente con il DPCM LEA.

Per l'anno 2014 il punteggio totale riportato dalla Regione è di 28 punti, così ripartiti:

- Offerta assistenziale: 8 punti
- Ripartizione degli oneri: 8 punti
- Cure domiciliari: 5 punti
- Cure residenziali: 7 punti
- Cure semiresidenziali: 0 punti

La Regione ha superato il punteggio totale minimo ma presenta criticità sulla compartecipazione alla spesa per trattamenti socio-riabilitativi residenziali ai disabili; in aggiunta, si rileva una criticità anche per i trattamenti socioriabilitativi per pazienti psichiatrici: il DA 5 marzo 2014 "Attività socio-riabilitativa da attuarsi nelle strutture residenziali psichiatriche di cui al capo L del DA 31.01.1997", che non è stato inviato in preventiva approvazione, stabilisce una ripartizione degli oneri a carico del SSR non allineata con il DPCM LEA, infatti, attribuisce alla ASL il 70% della quota della tariffa anziché il previsto 40%.

Relativamente al flusso FAR si confermano le criticità sulla lungoassistenza, ma si prende atto che la Regione, con nota inviata l'11 febbraio 2015, conferma l'avvenuto accreditamento transitorio per 99 strutture socio-assistenziali che erogano prestazioni di lungoassistenza.

Per superare le adempienze con impegno per gli anni 2012, 2013 e 2014 la Regione deve adeguare la normativa regionale sulla compartecipazione agli oneri della tariffa nei seguenti livelli:

- assistenza residenziale per disabili: introdurre la quota a carico del Comune del 60% nel caso di pazienti disabili privi di sostegno familiare
- assistenza residenziale socio-riabilitativa per pazienti psichiatrici: adeguare la normativa (DA 5 marzo 2014 "Attività socio-riabilitativa da attuarsi nelle strutture residenziali psichiatriche di cui al capo L del DA 31.01.1997") stabilendo la quota del 60% a carico del Comune.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/Numero prese in carico con FLS.21 = 116%

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 = 98,33%

Esito: Adempiente

- Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti): 5,54
- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella allegata.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	
4.422	0,88	15.632	3,13	2.539	0,51	5.196	1,04	27.789

Dati aggiornati all'8.7.2015

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR)/Numero utenti rilevati con modello STS.24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)

Si segnala l'assenza di dati STS.24 per cui non è possibile calcolare l'indicatore di coerenza.

Numero assistiti (FAR)/Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 157,66%

Esito: Adempiente

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 1,94
- 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.
871	0,17	7564	1,51	671	0,13	866	0,17	9643	1,99	33	0,01	11	0,00	44	0,01	9678

(*) 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 45 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

Il sistema di formazione continua della regione Siciliana prevede una piattaforma informatica, fornita da Agenas, 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, con DA n. 2510 del 30.12.2013 la Regione ha approvato il Piano di Formazione Continua 2014/2016, individuando, per ciascun'area di interesse regionale, gli obiettivi per la pianificazione delle attività formative aziendali.

Inoltre, la regione Siciliana dichiara che l'Osservatorio Regionale, organismo deputato a garantire la qualità della formazione, ha svolto nel 2014 vari controlli sulle attività dei provider, ha svolto attività di consulenza e supporto tecnico alla Commissione regionale ECM per l'elaborazione delle procedure per l'accreditamento standard dei provider regionali ed ha avviato un'attività per la revisione del modello di relazione annuale sulle attività formative che viene prodotto annualmente dalle aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Si raccomanda alla Regione di ricostituire l'Osservatorio Regionale che, come dichiarato dalla stessa, risulta scaduto a dicembre 2014.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE

Dall'analisi della documentazione pervenuta si constata che la regione Siciliana persegue nell'impegno riguardo l'individuazione e il monitoraggio di vari PDTA di cui fornisce ampie informazioni, compreso l'atto formale. Nello specifico si rileva l'elaborazione di nuovi PDTA nella voce "Altro".

La regione Siciliana dichiara di effettuare il monitoraggio dei PDTA con le stesse modalità dell'anno precedente, ossia tramite vari strumenti fra cui il controllo analitico delle cartelle cliniche.

Si suggerisce comunque alla Regione di elaborare altri PDTA (ricompresi nell'elenco del Questionario) a garanzia di pazienti affetti da patologie di forte impatto sulla popolazione. Inoltre,

nella individuazione di nuovi PDTA si suggerisce di privilegiare anche l'aspetto afferente alla sicurezza dei pazienti.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione compila la tabella del Questionario e dichiara di non erogare livelli aggiuntivi.

Tuttavia, risulta che la Regione garantisce i seguenti livelli "ulteriori":

- l'esenzione ai minori affidati in comunità - art. 30 della legge regionale n. 5 del 2009
- contributo economico (vitalizio) ed indennità chilometrica per soggetti affetti da talassemia (L.R. 1.8.90 n. 20).

Con nota del 24 settembre 2015 la Regione dichiara che si è provveduto ad azzerare i contenuti dell'Allegato 5 al modello LA 2013, non potendo erogare livelli ulteriori.

La Regione specifica, inoltre, che l'importo di euro 9.300.000 (che risultava dall'Allegato 5 del modello LA 2013) "si riferiva esclusivamente all'indennità vitalizia che la Regione, ai sensi dell'art. 7 della legge regionale n. 20/90, eroga ai soggetti affetti da gravi forme di talassemia con risorse a carico del bilancio regionale".

La Regione viene considerata adempiente con impegno a fornire chiarimenti in ordine alla natura, sociale o sanitaria, delle risorse con le quali vengono coperte le spese relative all'indennità erogata a favore dei soggetti talassemici, nonché chiarimenti sull'esenzione prevista per i minori in comunità.

ah) Accredитamento istituzionale

INADEMPIENTE

La Regione ha recepito l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 e dichiara di aver concluso l'iter di accreditamento istituzionale solo per le strutture sanitarie, mentre risulta che per le strutture sociosanitarie la Regione ha attuato un percorso singolare, ovvero 99 Case protette e/o Case di riposo sono in fase di accreditamento transitorio; appare necessario che la Regione chiarisca dettagliatamente la situazione riferita alle stesse e la tempistica per l'accreditamento definitivo.

La Regione chiarisce di aver elaborato uno specifico progetto, formalizzato con Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico n. 761 del 28 aprile 2015 "Approvazione progetto esecutivo relativo al progetto 'Individuazione organismo accreditante ed adeguamento del sistema di accreditamento istituzionale regionale al documento TRAC' di cui all'Accordo del 20.2.2014 rep. Atti 13/CSR della Conferenza Stato-Regioni, Linea progettuale 16.5".

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La Regione ha compilato il Questionario in tutte le sue parti e dichiarato che al 31 dicembre 2014 non sono attive in Regione sperimentazioni gestionali.

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

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

La Regione ha indicato il DA n. 1006/2014 in materia di "Aggiornamento delle direttive per l'autorizzazione, l'accreditamento istituzionale e la contrattualizzazione delle strutture sanitarie nella regione Siciliana di Medicina di Laboratorio Private", che modifica il DA n. 1629 del 09.08.2012.

La Regione aveva già allegato la normativa relativa al service di laboratorio.

In merito alla medicina di laboratorio, si apprezza l'impegno della Regione in merito ad alcuni punti critici inerenti il processo di monitoraggio della riorganizzazione, che avevano caratterizzato le precedenti verifiche, per i quali sono stati forniti dati, anche se in alcuni casi la Regione dichiara che il dato è in corso di calcolo.

Da tali informazioni emerge però un processo riorganizzativo eccessivamente lento e, a meno che i dati forniti contengano errori, risulterebbe un rapporto di 1 laboratorio (pubblico o privato) ogni 9.000 abitanti circa.

Infine, la relazione fornita dalla Regione non consente di identificare lo stato del processo di riorganizzazione della rete pubblica e privata.

La documentazione integrativa trasmessa dalla Regione, in particolare due note aventi ad oggetto l'attivazione della procedura di "service" per le prestazioni di laboratorio verso le strutture pubbliche, non modifica quanto sopra espresso.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La regione Siciliana con nota 75537 del 5 ottobre 2015 ha trasmesso il Report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2014 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".

In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 52.819 controlli, pari al 10% del totale, mentre effettua per le strutture private accreditate 17.860 controlli, pari al 12%; delle cartelle controllate non sono state confermate il 68% delle cartelle per le strutture pubbliche ed il 33% 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 complessivamente assicura per le strutture pubbliche e per le strutture private una percentuale di controlli pari ad almeno il 2,5% della totalità delle cartelle cliniche.

Per quanto riguarda l'impatto economico dei controlli sanitari, per il campione casuale il recupero a livello del budget dei ricoveri relativi all'anno 2014, a seguito dei controlli effettuati, risulta essere pari allo 0,6% sia per pubblico che per privato, mentre per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza risulta essere 0,5% e 0,14%.

ao) Cure palliative

AO.1

INADEMPIENTE

In via preliminare si rileva che nella verifica 2013 la Regione era risultata adempiente con impegno a documentare i dati della tabella degli indicatori.

Relativamente all'anno 2014, si valuta positivamente l'intendimento regionale adottato per le campagne di informazione dei cittadini sull'istituzione della Rete di cure palliative e si chiede di conoscere e documentare le iniziative adottate in merito.

In riferimento all'istituzione della Rete di terapia del dolore, si richiede di far conoscere la mappa dei centri "Spoke", per la terapia del dolore identificati dalla Regione.

Per quanto riguarda la tabella degli indicatori (rif. DM 43/07), si osserva che l'indicatore n. 1 risulta basso, gli indicatori n. 6 e n. 7 risultano elevati, mentre non è chiara la formulazione dei dati relativi agli indicatori n. 2 e n. 4, come già riscontrato nella verifica 2013. Si invita pertanto la Regione ad una più puntuale compilazione della tabella stessa.

Tutto ciò premesso, si resta in attesa dei supplementi informativi richiesti ai fini del superamento dell'impegno per l'anno 2013 e per il completamento dell'istruttoria per l'anno 2014.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2014 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 segnala l'assenza di dati relativi al mese di dicembre.

Esito: Adempiente

- N. strutture invianti dati Hospice/N. di strutture presenti su STS.11: 14/14(100%).

AO.3

INADEMPIENTE

In via preliminare si evidenzia che nella verifica 2013 la Regione era stata considerata adempiente con impegno in quanto, pur dichiarando di avere ottemperato agli adempimenti evidenziati nella tabella, non aveva provveduto alla trasmissione della relativa documentazione a supporto.

In riferimento alla verifica 2014, la Regione ha trasmesso il Decreto 5 maggio 2015 recante "Rideterminazione della composizione del coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore"; i contenuti del documento, che risultano in linea con le norme e le linee di indirizzo nazionali in materia, appaiono di natura programmatica e, come tali, non forniscono risposte esaustive ai quesiti del Questionario.

La Regione deve sanare la carenza documentale per consentire il superamento dell'impegno per il 2013.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che lo schema di attuazione per il trasferimento delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla medicina penitenziaria dallo Stato alla regione Siciliana è stato approvato dalla competente Commissione paritetica ed è stato quindi inviato ai Ministeri competenti per la relativa approvazione ed emanazione del previsto decreto legislativo.

Allo stato attuale, la Regione rimane in attesa dell'emanazione del decreto legislativo per il prosieguo dell'iter procedurale ai fini dell'attuazione del passaggio della medicina penitenziaria al SSN. La Regione viene considerata adempiente; si chiede di fornire evidenza dell'approvazione da parte della Commissione paritetica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri del disegno di legge di trasferimento.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha implementato 12 Raccomandazioni ad una percentuale maggiore del 80%.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la tabella del Questionario dalla quale emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antineoplastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono il 97%.

Rispetto alla presenza di una procedura per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antineoplastici, la Regione invia, per soli fini informativi, la documentazione richiesta.

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

La Regione invia le informazioni richieste circa i corsi di sicurezza del paziente dimostrando una particolare attenzione a tali tematiche non solo per i corsi organizzati a livello regionale ma anche per quelli disponibili a livello locale per i professionisti sanitari.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria

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

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione ha predisposto un piano per la prevenzione e invia un report sulle attività espletate in tale ambito.

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione invia la delibera di riferimento e uno schema riassuntivo delle attività svolte.

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 di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

aab Sistema Informativo assistenza per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 77,23

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: 86,6%

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

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella.

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
19354	13706	3255	10967	5352	1535	229	4503	1735	1783	62419

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 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014/Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 91,3%

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: 98,4%

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): 329
- Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 1.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

La totalità delle Strutture Trasfusionali della rete regionale, costituita da 32 Centri modulati su livelli di attività, è stata sottoposta a verifica. Dall'esito delle verifiche è emerso che 28 strutture sono state sottoposte a re-audit.

Il numero delle Unità di Raccolta associative totali che hanno richiesto l'accreditamento è stato di 120. Quelle ispezionate sono state 117 e 58 sono state sottoposte a re-audit.

I provvedimenti di autorizzazione e accreditamento emanati, alla data del 23 dicembre 2014, sono relativi a 16 Strutture Trasfusionali, e, con riferimento alle Unità di Raccolta associative, sono stati emanati, entro il 30 dicembre 2014, i provvedimenti unici di autorizzazione e accreditamento per 48 strutture associative.

La Regione, nell'anno 2014, ha definito il programma annuale per l'autosufficienza regionale del sangue e dei suoi prodotti, adottandolo con DDG n.47 del 22 gennaio 2014.

aaf) Percorso nascita

INADEMPIENTE

Si premette che alla regione Siciliana erano state impartite prescrizioni alla luce dell'ispezione seguita al decesso di una neonata verificatosi nella provincia di Catania il 12 febbraio 2015 e di altri eventi avversi che hanno riguardato il percorso materno infantile e che hanno portato alla luce diverse criticità più volte evidenziate, tra l'altro, nel contesto delle verifiche del Comitato LEA.

Gli elementi informativi in possesso del Ministero non permettono, allo stato attuale, di far ritenere superata l'inadempienza relativa all'anno 2013. Pertanto non si procede alla valutazione per l'anno 2014.

Si rappresenta, quale motivo di forte criticità, che le checklist inviate dalla regione Siciliana relative ai PN di I Livello presenti sul territorio, evidenziano numerosi disallineamenti rispetto ai requisiti e standard previsti dall'Accordo del 16.12.2010, sia per quanto riguarda le UO di Ostetricia che di Neonatologia.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La regione Siciliana dichiara di non aver emanato atti programmatici nell'anno 2014 relativamente all'area dell'emergenza-urgenza e riferisce che tale ambito è in fase di riorganizzazione a seguito dell'emanazione del decreto del gennaio 2015 che riqualifica tutta la rete ospedaliera e territoriale.

In riferimento all'area territoriale, si conferma il numero dei mezzi di soccorso (251) e la dislocazione nei diversi bacini, come modificata a seguito del monitoraggio degli interventi effettuato sulla base di una serie di parametri e indicatori.

Sono confermate le 4 Centrali Operative territoriali 118, 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).

Relativamente ai Punti di Primo Intervento (PPI), denominati impropriamente Presidi Territoriali di Emergenza (PTE), nelle more della riorganizzazione, la Regione informa di aver avviato il monitoraggio dell'attività erogata. Viene riportato il numero e la distribuzione territoriale: n. 38 di cui 14 solo a Messina; per nove di questi è prevista la chiusura, in quanto presentano una casistica inferiore ai 6000 accessi (come previsto dal regolamento nazionale sugli standard).

Nessuna informazione aggiuntiva, rispetto al 2013, viene fornita per il servizio di elisoccorso.

Per l'articolazione della rete ospedaliera viene riportata ancora una volta la proposta di riorganizzazione della rete dell'emergenza che 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 rifunionalizzare (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).

Anche per quanto riguarda le reti ad alta complessità tempo dipendenti, ictus, sindrome coronarica acuta e trauma, di cui la Regione ha trasmesso i riferimenti delle DGR di istituzione, non si forniscono dati aggiornati rispetto all'anno precedente, eccetto un riferimento all'attività di monitoraggio e di raccordo tra le CO e la commissione istituita ad hoc.

La Regione ha parzialmente fornito le informazioni richieste.

Si riscontra ancora un notevole ritardo nella riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza e della relativa attuazione, analogamente a quanto già osservato nell'ambito dell'attività dei Piani di rientro.

Si invita la Regione a indicare il provvedimento formale di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013.

Si chiede di fornire le informazioni relative alle attività di monitoraggio in corso per i vari ambiti, specificando, in particolare, quelle relative alle reti per le patologie tempodipendenti, per le quali si è anche in attesa di conoscere i sistemi individuati per la verifica dell'attività svolta.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP.24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/N. accessi calcolati con HSP.24: 97,11%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/totale record inviati: 99,67%

Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 355,84
- Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso: vedi tabelle.

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
82473	4,64%	119005 4	66,89%	457388	25,71%	33959	1,91%	669	0,04%	14653	0,82%	1779196

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		N.A.		
59291	3,33%	111568 3	62,71%	322556	18,13%	26761	1,50%	1184	0,07%	253721	14,26%	1779196

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti in NSIS, risulta che:

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014/ N. di interventi al 118 anno = 189,95% (Rispetto all'anno 2013, si segnala l'invio anche della Centrale di Catania).

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

data/ora inizio chiamata corretta = 100%

data/ora arrivo mezzo di soccorso = 96,22%

AAG.3

ADEMPIENTE

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 16 (valore normale ≤ 18 ; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21). Il valore rilevato nell'anno 2013 era pari a 17.

aah) Cure primarie

In attesa del nuovo ACN per la Medicina Generale per le successive trattative dell'AIR, la Regione ha emanato il DA 276/2015 sia per condividere i potenziali scenari strategici sulla riorganizzazione delle Cure primarie secondo quanto previsto dalla vigente normativa nazionale (L. 189/2012 e Patto per la salute 2014-2016) in termini di UCCP/AFT che per avviare, dove possibile, sperimentazioni locali. Permangono attivi i 52 Presidi territoriali (PTA) già menzionati nell'anno precedente e per i quali, il monitoraggio dell'attività svolta, ha evidenziato una diffusa adozione del "Chronic Care Model" caratterizzato dall'integrazione tra i vari attori dell'assistenza territoriale per una migliore gestione della cronicità. Tale monitoraggio si è avvalso anche di "on site visit" da parte di uno specifico team costituito con nota n. 5528/2014. A sostegno di tale modello erogativo delle cure primarie, nell'ambito dei PTA, permangono attivi sia gli Ambulatori di Gestione Integrata (AGI), quali spazi di integrazione tra il MMG con gli specialisti e gli ambulatori infermieristici per la migliore gestione del paziente cronico e complesso, che i Punti di Primo Intervento (PPI) attivati in numero di 63, dei quali 58 territoriali (definiti puri) e 5 con funzione di ambulatorio di codici bianchi, affiancati al Pronto Soccorso e gestiti dai medici di CA. In essi afferiscono le persone "filtrate" dal Triage. I PPI sono attivati nelle ore diurne dei giorni feriali in continuità in con l'assistenza erogata nelle ore notturne dai servizi di Continuità Assistenziale.

Con il DA 276/2015, la Regione intende definire la programmazione finalizzata alla definizione del percorso per il superamento di tutte le forme associative esistenti (associazione, rete, gruppo ecc.) e sostituirle con le AFT e le UCCP in considerazione delle proprie specificità. Tuttavia la relazione inviata non fornisce alcun elemento di aggiornamento rispetto alle 26 AFT attivate lo scorso anno, delle quali 21 costituite da MMG e 5 da PLS. Fornisce una descrizione dettagliata dell'attività svolta

nell'ambito dei 52 Presidi territoriali (PTA) attivati e già menzionati nell'anno precedente con particolare riferimento sia agli Ambulatori di Gestione Integrata (AGI) per la presa in carico della cronicità, che ai 63 Punti di Primo Intervento (PPI) per garantire nelle ore diurne una risposta territoriale alle "urgenze" di basso livello assistenziale.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La regione Siciliana dichiara che sta implementando il Piano per la riabilitazione approvato con DA 641 del 17.04.2014.

Per quanto riguarda i dati relativi agli indicatori di appropriatezza e di efficacia dei ricoveri post acuti, vedere tabella allegata.

La Regione presenta per l'indicatore di inappropriata clinica nell'anno 2014 una posizione al di sopra del valore medio nazionale, pur confermando un trend in miglioramento nel triennio 2012-2014.

Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza la Regione presenta una variazione positiva rispetto al valore Italia e un trend in miglioramento nel triennio 2012-2014.

Anche per l'indicatore di appropriatezza organizzativa, che si riporta ai soli fini informativi, presenta una variazione positiva rispetto ai valori medi nazionali.

Si sollecita la Regione ad implementare il Piano regionale per la riabilitazione e ad effettuare il monitoraggio degli interventi. Per il 2014 la Regione, presentando una variazione positiva per l'indicatore relativo alle giornate di degenza, risulta adempiente.

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La regione Siciliana risulta sufficiente per 4 items 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, per il controllo della Scrapie oltre che per i controlli sanitari svolti sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione e per il controllo dei residui fitosanitari negli alimenti vegetali.

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'86% e sufficiente per 5 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili, 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 e al mancato rispetto dei tempi per il rilascio del riconoscimento definitivo per gli stabilimenti che producono alimenti di origine animale.

Si segnala infine l'assenza di misure appropriate a seguito delle risultanze emerse nel corso di alcuni degli audit regionali ai sensi dell'art 4 (6) del Reg. 882/2004.

aak) linee guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Il 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" è pari al 33,8%, in miglioramento rispetto all'anno precedente.

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 (12,89% per l'assistenza territoriale al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci" rispetto al tetto del 11,35% e 4,38% 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 (17,3% sul FSR).

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

La Regione dichiara che nell'ambito dell'assistenza farmaceutica territoriale ha ottenuto una riduzione della spesa negli ultimi anni tramite interventi incentrati principalmente sul mantenimento del sistema di compartecipazione alla spesa farmaceutica, seppur con una lieve diminuzione rispetto all'anno 2013 (-1,18%).

Sono state intraprese, inoltre, azioni operative sulle misure per la promozione dell'uso di farmaci a brevetto scaduto, sulle soglie prescrittive e verifica dell'appropriatezza prescrittiva di alcuni principi attivi e sulla rideterminazione del limite di rimborsabilità degli inibitori di pompa protonica.

Nonostante le suddette iniziative, tali manovre risultano ancora insufficienti nel riportare la spesa farmaceutica territoriale all'interno del margine del 14,85% del FSR stabilito. A tal proposito, la Regione rendiconta all'interno del PO 2013-2015 un risparmio economico stimabile intorno ai 105 milioni di euro per l'anno 2015.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la regione Siciliana evidenzia un trend crescente dell'incidenza della spesa sul FSR nel periodo 2011-2014, con un'incidenza percentuale sul FSR nell'anno 2014 del 4,38%, piuttosto distante dal tetto (3,5% del FSR nel 2013), malgrado le misure adottate e volte alla promozione dell'uso dei farmaci biotecnologici a minor costo di terapia e alla costituzione della Commissione regionale per l'elaborazione, revisione ed aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero.

La Regione è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero di livello regionale, che aggiorna con una periodicità di 45 giorni – 7 aggiornamenti nel corso del 2014 – trasmettendolo 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 distante.

Nel mese di settembre 2015, la regione Siciliana ha trasmesso una serie di osservazioni.

Per quanto riguarda i dati della spesa farmaceutica sia territoriale che ospedaliera si invita la Regione a fare riferimento alla "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica e dei tetti stabiliti" relativa all'anno 2014, nella quale sono riportati tutti i valori relativi alla spesa farmaceutica regionale in maniera dettagliata, già trasmessa alla Regione.

Il disallineamento riscontrato dalla regione Siciliana tra quanto riportato sul sito istituzionale dell'Agenzia e quanto riportato nella valutazione non sussiste.

La spesa farmaceutica complessiva risulta essere pari al 16,23% (11,85% della spesa territoriale sommato al 4,38% della spesa ospedaliera); il 17,3% cui fa riferimento la Regione non è altro che la spesa farmaceutica al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci", utile per confrontare l'andamento temporale della spesa con i valori relativi agli anni prima del 2013 (in cui il valore della spesa territoriale era comprensivo del Totale compartecipazione a carico del cittadino, cioè quota eccedente il prezzo di riferimento e ticket fisso per ricetta).

Fermo restando gli sforzi intrapresi dalla Regione per il contenimento della spesa farmaceutica e l'obiettivo di riduzione della stessa raggiunto rispetto all'anno precedente (si passa dal 16,77% del 2013 al 16,23% del 2014), lo scostamento assoluto dai tetti di spesa programmati (14,85% del FSN) è ancora elevato. Nonostante quindi il miglioramento raggiunto attraverso le numerose azioni poste in essere per il contenimento della spesa farmaceutica, un disavanzo pari a 122,4 milioni di euro dai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata rende l'obiettivo di pareggio ancora distante.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 93% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2014.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 93% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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 dichiara che in data 14 gennaio 2015 è stata adottata, con il DA 46/2015, la nuova rete ospedaliera-territoriale. Lo stesso decreto, all'art. 4, prevede che con successivo provvedimento saranno definite le modalità ed i termini di adeguamento della rete agli standard previsti nel documento adottato dal Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012, attraverso un processo di allineamento progressivo fino al raggiungimento dell'obiettivo previsto al 31 dicembre 2016.

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 2014.

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 2014, che sono:

- strutture complesse ospedaliere n.649 (posti letto ospedalieri pubblici n.11.360 PL attivi al 1 gennaio 2014)
- non ospedaliere n.377 (popolazione residente 5.094.937 ab. Fonte ISTAT)
- strutture semplici n.1344 strutture (da standard).

Si elencano di seguito le Aziende che non hanno trasmesso i dati della Tabella 1G del Conto annuale:

- 970 Dipartimento Rizzoli-Sicilia

Si rileva che il Tavolo Adempimenti presso il Ministero dell'economia e finanze e il Comitato Lea, nella riunione del 21 luglio 2015 hanno già chiesto di fornire chiarimenti in merito alle criticità evidenziate dal DA 46/2015. In particolare, relativamente alle strutture complesse e semplici si segnalava un eccesso di unità operative rispetto ai valori individuati dal Comitato Lea, oltre alle incongruenze riscontrate nell'Allegato 2 e nell'Allegato 6, relativamente ai posti letto per acuti e agli

ospedali di comunità e alla mancata definizione delle modalità e dei termini di adeguamento della rete ospedaliera.

Inoltre, si chiede alla Regione di fornire i dati relativi alla struttura sopra riportata per completare la copertura informativa.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato già per la verifica 2013 di aver recepito 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".

aa0) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La Regione con Decreto dell'Assessorato della salute n. 1739/14 del 22 ottobre 2014 ha recepito a livello regionale il documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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	99,66%	2	6,0	
2	Mod. FLS.11	2	%ASL che hanno inviato il modello FLS.11 (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 FLS.12 (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	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	98,51%	0	0,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 1C bis rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	98,46%	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 STS.14 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	99,49%	2	1,0	
11	STS.21	1,5	%modelli STS.21 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 STS.24 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	99,49%	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	98,12%	2	1,0	
14	Dati SDO	3	media pesata di % copertura istituti (peso = 0.75) e % coerenza SDO-HSP (peso = 0.25) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilimento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	98,90%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_livello\_di\_istruzione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_data\_prenotazione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_classe\_priorità}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_causa\_esterna}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	99,01%	2	1,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 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						46,0	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%	97,21%	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	HSP.11/12	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)	1,79	2	4,0	

5	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	1,80	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)	1,86	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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	1,97	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)	1,89	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)	1,96	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	1,99	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	1,98	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 HSP.24 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 $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usl\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	0,002%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	98,87%	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		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	46,0 - 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	Interv. 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	Iperplasia 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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	83,3%	20
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	80,0%	10
U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	30,91%	0
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	5,21%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		45

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	17,3	13,5	15,7	13,5	12,6	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	9,5	10,5	9,2	10,0	9,0	9,9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	8,6	9,1	7,1	7,7	6,3	6,6

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 >= 98% e < 99,9% 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 nelle aziende > 0,1%. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli < 96%
2	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza per tutte le specie	≥ 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 >= 98% e < 99,8% 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. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati >= 98% e < 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli < 98% o con prevalenza delle aziende > 0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli < 96%. <u>Regioni dell'OM</u> < 98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN)

3	ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende oviscaprine controllate (3%) per anagrafe oviscaprina	≥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			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]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	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]	<i>non coerenti</i>	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 controlli [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	<i>≥ 95% dei controlli previsti</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni</i>	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni</i>	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.Lg.vo 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	<i>Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (2897 controlli su 10804 operatori pari al 27%)</i>	<i>Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>	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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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 (53,69%)	≥ 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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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	<i>>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>	≤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]	<i>trend in aumento</i>	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]	<i>< dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	≥ 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. 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 2014	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione</i>	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	<i>validazione effettuata oltre la scadenza prevista</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	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 (57 audit su 343 stabilimenti pari al 17%)	<i>numero di audit uguale o superiore al 30 % del totale del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>	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 2014 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 . (comunicazione dell'unica allerta dopo le 5 settimane)	Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, maggiore di 1	1	6	
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	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 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 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04 (18 su 25 pari al 72%)	<i>almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014 (informazioni incomplete e risultanze non esplicitate)	<i>tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	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 percepiti e i costi del servizio prestato	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	trasmesso entro la data prevista	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti</i>	allegato 3 inviato, corretto e completo	2	12	
	TOTALE	100								172	

SUFFICIENTE con 86% e 5 indicatori vincolanti su 6



c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione, sulla base delle rettifiche effettuate ai modelli economico-patrimoniali tra il 2 e il 3 febbraio 2016, ha sanato le squadrature inizialmente rilevate. Inoltre, la Regione ha inviato gli Allegati 5 e 6 del modello LA, in coerenza con i dati SIS. Alla luce di quanto effettuato da parte della Regione, si può ritenere la stessa adempiente, salvo che di seguito alla verifica del Tavolo MEF non si rendano necessarie ulteriori modifiche, per cui dovranno essere nuovamente trasmessi i dati nel NSIS e di conseguenza effettuate le opportune verifiche di qualità per l'adempimento in oggetto.

Statistici

ADEMPIENTE

Con riferimento all'anno 2014 la copertura dei dati risulta buona. Si segnala che risulta inviata la Tab. 1C bis della "Fondazione Monasterio" codice NSIS 090907 (Cod. RGS 11181), il cui mancato invio rappresentava una criticità nella verifica 2013. Si segnala inoltre che il protrarsi della sospensione dell'attività della Casa di cura "Villa Cherubini Prosperius" ha portato all'inserimento nel modello HSP.11 – dati anagrafici delle strutture di ricovero per l'anno 2014, da parte della regione Toscana, della data di chiusura al 31.12.2014.

La qualità dei dati risulta buona.

La Regione viene considerata adempiente; si ribadisce la necessità, in caso di sospensione dell'attività di ricovero delle strutture ospedaliere protratta per oltre un anno, di aggiornare i modelli HSP.11, inserendo le date di chiusura delle strutture.

Infatti, i modelli di rilevazione HSP.11 e HSP.11 bis rappresentano le anagrafiche di riferimento per diversi flussi informativi nazionali di attività, quali ad esempio SDO, CeDAP, Emur-PS, Conto Annuale; di conseguenza per ogni posizione anagrafica attiva il SISN richiede i dati di attività della struttura. Poiché i modelli di rilevazione HSP non prevedono date di sospensione, il mantenimento di posizione anagrafiche attive in corrispondenza a strutture che hanno cessato l'attività per periodi prolungati (oltre un anno) determina, da parte del Ministero della salute, l'adozione di procedure di controllo non standard che comportano un notevole aggravio dell'onere di gestione dei processi, e il rischio di errori.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Toscana con un punteggio pari a 217 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia 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 dal 2012) 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 2015, la regione Toscana ha una dotazione di 12.408 posti letto, pari a 3,31 per 1.000 abitanti, di cui 2,97 per pazienti acuti (11.152 posti letto) e 0,33 per riabilitazione e lungodegenza (1.256 posti letto); pertanto l'offerta di posti letto regionali risulta in linea con lo standard previsto dalla Legge 135/2012.

Si segnala che:

- in base dati 2013 figurano 4 posti letto di Lungodegenza in regime di day hospital, che sono stati sommati ai posti letto ordinari. Non è stato inviato il modello HSP.13 per la struttura 090221 "PERGOLINO HOSPITAL SRL", ma la regione Toscana ha comunicato la sospensione dell'attività di ricovero di tale struttura dal 01.12.2012 per un anno, e prorogata a data da stabilirsi;
- in base dati 2014 non è stato inviato il modello HSP.13 per la struttura 090221 "PERGOLINO HOSPITAL SRL", ma la regione Toscana ha comunicato la sospensione dell'attività di ricovero di tale struttura dal 01.12.2012 per un anno, e prorogata a data da stabilirsi;
- in base dati 2015 non è stato inviato il modello HSP.13 per la struttura 090228 "CASA DI CURA POGGIO SERENO srl", ma la regione Toscana ha comunicato la sospensione dell'attività di ricovero di tale struttura dal 01.07.2014 fino ai primi mesi del 2015. La struttura 090221 "PERGOLINO HOSPITAL SRL", che risulta chiusa con data 31.12.2014 nella base dati 2014, deve essere cancellata nella base dati 2015.

Considerato che la dotazione di posti letto per l'assistenza ospedaliera risulta inferiore al limite minimo fissato (0,35 p.l. per 1000 abitanti), la Regione ha provveduto ad illustrare l'andamento del proprio modello assistenziale per le post-acuzie; si valutano positivamente le precisazioni riportate al riguardo.

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014) un tasso di ospedalizzazione totale di 137,38 nel 2012, 131,52 nel 2013 e 127,75 nel 2014.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è lievemente eccedente il valore del 25% nei tre anni osservati, essendo pari al 25,8% nel 2012, 25,97% nel 2013 e 25,88 nel 2014.

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

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La regione Toscana con una percentuale pari allo 0% di DRG critici inferiore al valore mediano (8%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

Dai dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 e pervenuti al Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica risulta che la Regione raggiunge la percentuale di corretta compilazione.

Relativamente al calcolo degli indicatori relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (già previsti per l'anno 2013) e, ai soli fini informativi, RMN Colonna vertebrale, Ecografia ostetrico-ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia, si rileva che viene raggiunta la soglia prevista per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio.

La Regione ha inviato il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto per l'anno 2014 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante. Si rilevano problematiche per la garanzia della classe D anche se si registra un trend positivo.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

La Regione per l'anno 2014 raggiunge la soglia del 90% riguardo il campo Data di prenotazione e il campo Classe di priorità sia in regime ordinario che Day Hospital.

Da fonte "Rapporto SDO anno 2014" risulta che l'attesa media in gg per intervento Tumore mammella è di 30,6 gg rispetto la media nazionale di 24,7 gg.; per intervento Tumore colon retto è di 27,7 rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

Al riguardo risulta che la Regione ha effettuato il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

Con DGR 475/2014 vengono fornite indicazioni per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni dell'erogazione.

Infine, la Regione evidenzia che tramite il Numero verde regionale attivato al fine di rilevare criticità collegate all'erogazione delle prestazioni tra cui l'eventuale sospensione delle prenotazioni riesce ad assicurare una soluzione di continuità alla disponibilità di prenotazione per i cittadini.

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 è stata svolta.

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

La Regione ha compilato la tabella attestante la verifica della presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web di tutte le 16 strutture pubbliche.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: TOSCANA			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	486.260.944	7,06%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	8.632.228	0,13%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	9.608.215	0,14%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	1.724.890	0,03%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	262.707.407	3,81%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	65.328.811	0,95%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	10.772.391	0,16%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	54.556.420	0,79%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		739.775.408	10,74%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	6.888.951.050	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	781.895.944	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-42.120.536	-0,61%
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		739.775.408	10,74%
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)	678.796.141	9,85%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	36.209.402	0,53%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	6.766.495	0,10%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	14.548	0,0002%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	1.190.581	0,02%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		371.907.708	5,40%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	6.888.951.050	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	241.113.287	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC d	13.028.000	0,19%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	0	0,00%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		421.145.110	6,11%
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	180.031.823	2,61%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

Dalla documentazione prodotta si evince che non tutti gli obiettivi richiesti dall'adempimento sono stati raggiunti. Per il 2014, pur assistendo ad un miglioramento a livello di contabilità analitica, l'obiettivo B2 "Capacità di quantificare l'attività territoriale svolta in ospedali e, in generale fenomeni di comunanza di costi fra livelli diversi" non risulta uniforme a livello aziendale, non raggiungendo la percentuale richiesta del 66%. Non è stata inoltre compilata l'ultima riga "B3: Quadratura LA 999 con la somma delle aziende e della GSA al netto degli scambi infraregionali".

Nel mese di ottobre 2015 la Regione trasmette documentazione integrativa; relativamente all'obiettivo B2 la Regione ha dichiarato che c'è stato un refuso nella compilazione della griglia da parte dell'Azienda 107 di Siena, la quale ora raggiunge pienamente l'adempimento.

Si segnala inoltre che nell'ultima versione della Scheda Co.An., per quanto riguarda l'ultima riga "B3: Quadratura LA 999 con la somma delle aziende e della GSA al netto degli scambi infraregionali", nonostante si attesti il pieno raggiungimento dell'obiettivo, la verifica di qualità del modello LA derivante dei dati NSIS CE-LA non risulta superata, a causa di notevoli discrepanze. In seguito alla richiesta di chiarimenti in merito, la Regione fornisce spiegazioni sulle differenze derivanti dal confronto della somma delle aziende e del 999 modello LA che consentono di ritenere superata la criticità relativa all'obiettivo B3.

Infine, la Regione ha trasmesso la DGR 4304 del 29 settembre 2014 con cui viene nominato il responsabile del procedimento di verifica dello stato di attuazione della contabilità analitica nelle singole aziende sanitarie.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che non ci sono variazioni rispetto all'anno 2013. Sulla base dei contratti in uso, all'articolo 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 2014, 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 89% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE

Il punteggio totale riportato dalla Regione è di 27 punti, così ripartiti:

- Offerta assistenziale: 9 punti
- Ripartizione degli oneri: 7 punti
- Cure domiciliari: 5 punti
- Cure residenziali: 5 punti
- Cure semiresidenziali: 1 punto.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/Numero prese in carico con FLS.21 = 123%

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 = 73,58%

Si segnala che la Regione sta effettuando azioni di bonifica dei dati. Pertanto tale indicatore subirà una variazione positiva.

Esito: Adempiente con impegno

- Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti): 7,39
- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	
14.698	3,98	6.926	1,88	1.205	0,33	5.107	1,38	27.936

Dati aggiornati al 8.7.2015

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR)/Numero utenti rilevati con modello STS.24 -Quadro F - Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 96,95%

Esito: Adempiente

Numero assistiti(FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G - Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 120,74%

Esito: Adempiente

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 5,17
- 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.
86	0,02	6704	1,82	1064	0,29	10299	2,79	17363	4,92	1129	0,31	647	0,18	1758	0,48	19095

^(*) 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 definiti dalla normativa prevista.

u) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la regione Toscana risulta pari a 91 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

Il piano formativo regionale 2012/2015, approvato con DGR 599/2012, risulta integrato con il "Programma speciale di formazione sul rischio clinico elaborato dalla Commissione Regionale per la Formazione Sanitaria" e approvato con DGR 49/2014.

Con Decreto Dirigenziale n. 680/2014 la regione Toscana ha approvato i requisiti per il mantenimento dello status di accreditamento standard e, con Decreto Dirigenziale n. 318/2014 è stata approvata la relativa modulistica uniformandosi a quella nazionale.

Allo stato risultano accreditati al sistema ECM Toscano n. 21 provider di cui alle 8 Aziende Sanitarie è stato confermato l'accreditamento standard.

Inoltre, la Regione dichiara che il sistema di accreditamento regionale avviato a partire dalle Aziende Sanitarie è stato esteso a tutto il sistema pubblico toscano. A tal proposito, si fa presente che l'Area Funzionale è in attesa che il Comitato Tecnico delle Regioni esprima un parere in merito.

Infine, per quanto riguarda le informazioni richieste sulle attività condotte dall'Osservatorio regionale, la regione Toscana ha indicato il sito regionale su cui sono state pubblicate le relazioni di audit svolte sulla qualità della formazione sanitaria.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico-Terapeutici

ADEMPIENTE

La Regione ha strutturato da tempo un sistema di individuazione e implementazione di PDTA in ambito ospedaliero e territoriale collegato anche alla realizzazione di "Progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PNS 2006 – 2008 ai fini dell'utilizzo delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis l. 662/1996". Tutti i progetti sono inseriti nella programmazione sanitaria regionale. I PDTA operativi nella Regione sono tutti quelli riportati nel Questionario Lea per l'anno 2014.

La regione Toscana dichiara di effettuare il monitoraggio dei PDTA con le stesse modalità dell'anno 2013, servendosi dell'Agenzia Regionale di Sanità. Si fa riferimento nello specifico al monitoraggio e al set di indicatori per le sole patologie croniche e, pertanto, si chiede di acquisire informazioni sulle modalità di monitoraggio degli altri PDTA.

Nel mese di ottobre 2015 la regione Toscana ha trasmesso una nota dalla quale si evincono le informazioni richieste.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di garantire prestazioni aggiuntive in numerose aree assistenziali.

La Regione trasmette con nota del 2 ottobre 2015 una relazione analitica sui livelli essenziali aggiuntivi erogati. Nella predetta relazione sono specificati i costi dei livelli ulteriori per l'anno 2014 per un totale di € 40.197.398 (di cui € 1.684.000 relativi ad "ulteriori prestazioni finanziate con altre entrate aziendali proprie"). La Regione dichiara che tale importo risulta coerente con quello indicato nell'Allegato 5 al modello LA.

Dal modello LA 2014 - Allegato 5 risulta, invece, che la Regione garantisce le seguenti prestazioni per un totale di € 6.598.000:

- Chirurgia estetica
- Medicine non convenzionali
- Vaccini non obbligatori per soggiorni estero
- Certificazioni mediche
- Medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale
- Laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia
- Mesoterapia
- Assegno di cura
- Contributo pratica riabilitativa metodo Doman
- Ausili tecnici non in nomenclatore tariffario, materiale d'uso e di medicazione
- Prodotti apoteici
- Farmaci di fascia C per persone affette da malattie rare
- Rimborsi per spese di viaggio e soggiorno per cure
- Prestazioni ex ONIG invalidi di guerra
- Altre prestazioni escluse dai Lea - altro.

In seguito alla richiesta di fornire chiarimenti circa la non corrispondenza tra l'importo risultante dal modello LA e quanto dichiarato nel provvedimento ricognitivo, la Regione aggiorna i dati presenti nell'Allegato 5 al modello LA e li rende coerenti con quanto indicato nel provvedimento ricognitivo trasmesso con nota del 2 ottobre 2015.

ah) Accredитamento istituzionale

ADEMPIENTE

La regione Toscana dichiara di aver concluso l'iter di accredитamento istituzionale e di aver avviato un'analisi relativa all'integrazione del proprio sistema di accredитamento ai contenuti dell'Intesa del 20 dicembre 2012 e agli atti successivi.

aj) Sperimentazioni ed innovazione gestionali

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato di non aver legiferato in materia di sperimentazioni ed innovazioni gestionali e che, alla data del 31 dicembre 2014, è in corso la sperimentazione gestionale denominata "Centro Riabilitazione Terranuova Bracciolini S.p.A."

La Regione ha allegato la relazione annuale di verifica, dalla quale emerge un risultato positivo della gestione, e ha compilato la relativa tabella.

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

ADEMPIENTE

La regione Toscana ha compilato il Questionario in tutte le sue parti e ha fornito le informazioni richieste per il service e la medicina di laboratorio.

Con riferimento alla relazione sintetica illustrativa dello stato dell'arte del processo di riorganizzazione la Regione ha specificato che i primi accentramenti, stante la conclusione positiva delle attività informatiche predisposte, sono pianificati per la fine del 2015.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La regione Toscana ha trasmesso il Report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2014, 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".

In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 64.022 controlli, pari al 12% del totale mentre, effettua per le strutture private accreditate 11.947 controlli, pari al 22%; delle cartelle controllate non sono state confermate il 7,97% delle cartelle per le strutture pubbliche ed il 13,35% 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 complessivamente assicura per le strutture pubbliche e per le strutture private una percentuale di controlli pari ad almeno il 2,5% della totalità delle cartelle cliniche.

Per quanto riguarda l'impatto economico dei controlli sanitari, per il campione casuale, il recupero a livello del budget dei ricoveri relativi all'anno 2014 a seguito dei controlli effettuati risulta essere pari allo 0,02% e 0,01%, rispettivamente per pubblico e privato, mentre per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza risulta essere 0,07% e 0,04%.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

Con riguardo all'istituzione della rete assistenziale palliativa, questa risultava già formalmente istituita in sede di verifica 2013.

Si valuta positivamente la documentazione trasmessa dalla Regione, atta a documentare lo svolgimento di molteplici eventi divulgativi (Giornate del sollievo).

Anche in riferimento alla rete dei terapia del dolore si valuta positivamente la documentazione trasmessa.

Sono stati richiesti alla Regione aggiornamenti e chiarimenti in riferimento alla formazione degli operatori sulla rete assistenziale palliativa, al fine di specificare i contenuti di natura tecnico-professionale, somministrati in occasione degli eventi formativi e, in merito alla tabella degli indicatori, sull'indicatore n. 1, che è risultato di molto inferiore allo standard.

La Regione ha trasmesso i supplementi informativi richiesti; si valuta positivamente la documentazione fornita.

Si raccomanda un'analisi di verifica del valore rilevato per il suddetto indicatore 1.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospicerelativi all'anno 2014 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

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

La Regione ha dimesso dagli OPG una percentuale di pazienti dimissibili pari al 67% circa e ha formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 3-ter della Legge n. 9/2012 e s.m.i. in coerenza con le indicazioni del Ministero della salute.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha implementato le 15 Raccomandazioni con una percentuale superiore all'80%.

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 71%, superando il valore del 60% richiesto per l'adempienza.

Rispetto alla presenza di una procedura per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antiblastici, la Regione invia, per soli fini informativi, una relazione che non risponde perfettamente a quanto richiesto.

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

La Regione invia le informazioni richieste circa i corsi di sicurezza del paziente.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che 210 UO chirurgiche regionali su 221 utilizzano la Checklist di chirurgia, raggiungendo il 95%.

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione ha adottato le raccomandazioni ministeriali.

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

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

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

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione ha fornito gli indicatori di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

Dai valori indicati si evidenzia un miglioramento rispetto all'anno 2013.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 -
Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello
STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 78,03%

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: 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

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella.

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
4676	3797	2682	21669	3149	1318	368	522	812	1185	40178

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 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 100,6%

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: 99,9%

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): 367

- Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 1,1

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

Sono stati visitati 16/16 Servizi Trasfusionali e loro articolazioni organizzative e risultano in possesso dei requisiti.

Per le Unità di Raccolta associative, il percorso di autorizzazione prevede che esso venga attivato a richiesta dalla UdR e che il procedimento sia in capo ai Comuni sede della UdR, i quali trasmettono l'atto di autorizzazione alla Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale. Al 31.12.2014 è stato trasmesso l'atto di autorizzazione solo per una UdR.

E' stato trasmesso il decreto con il quale ai fini dell'accreditamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di Raccolta, ai sensi del decreto legislativo 20 dicembre 2000, n. 261, si approva l'elenco dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di Raccolta per i quali è stato verificato il possesso dei requisiti.

E' stata trasmessa la tabella SISTRA relativa alla programmazione di produzione e consumo – Anno 2014, trattandosi di attività ormai consolidata su livelli prossimi alla autosufficienza regionale un obiettivo istituzionale di mandato delle singole Direzioni aziendali.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

Nella regione Toscana, da quanto dichiarato e confermato dai dati elaborati a cura del Ministero (fonte dati CEDAP e modelli NSIS HSP.11 "Dati anagrafici delle strutture di ricovero" e HSP.11 bis "Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero"), sono ancora attivi 5 PN con volumi di attività <500 parti/anno: Barga, Portoferraio, Piombino e Bibbiena, già individuati negli anni precedenti, cui si è aggiunto il PN di Mugello Borgo San Lorenzo, di cui la Regione ha inviato il piano di adeguamento.

Si prende atto che la regione Toscana ha istituito i Comitati Percorso Nascita Aziendali, come si rileva dalla documentazione agli atti.

Si ritiene la Regione adempiente, tuttavia si sottolinea che per i PN con volumi <500 parti/anno, pur riconoscendo l'adozione di piani di adeguamento in linea con gli standard operativi tecnologici e di sicurezza individuati dall'Accordo del 16.12.2010, dovrà essere chiesto parere al Comitato Percorso Nascita nazionale ai fini della deroga.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

Nell'anno 2014 la regione Toscana ha proseguito nella riorganizzazione dell'area dell'emergenza urgenza territoriale prevista dalla programmazione 2013, attuando l'accorpamento delle CO di Firenze e Prato, con sede a Firenze, riducendo così il numero delle CO da 12 a 11. Su tale aspetto, con DGR del giugno 2014, ha approvato anche uno specifico documento relativo ai requisiti delle Centrali che, a regime e a seguito del riassetto organizzativo delle CO 118 del territorio basato sull'Area vasta, saranno in totale sei con sede a Pistoia, Livorno, Siena, Arezzo, Firenze e Viareggio.

I mezzi di soccorso a fine 2014 risultavano circa 140, di cui 39 automediche con medico e infermiere.

In merito al servizio regionale di elisoccorso, organizzato su tre basi operative, nel 2014 ha previsto l'implementazione del servizio notturno per aree disagiate e isole, avviando una sperimentazione, in collaborazione con le autorità aeronautiche, che prevede l'utilizzo di campi sportivi come siti di atterraggio.

Il processo di ottimizzazione delle risorse, avviato nell'anno 2012, è continuato con l'approvazione di atti formali relativi alla dotazione di farmaci e materiale sanitario dei mezzi di soccorso con definizione di standard regionali, alle maxi emergenze con istituzione di un gruppo regionale di coordinamento, alla diffusione della defibrillazione precoce con l'assegnazione di n. 9 DAE e agli indirizzi in merito ai corsi ed agli enti di formazione da accreditare, in attuazione del progetto nazionale.

E' proseguita l'implementazione dei rapporti con le altre istituzioni (Comando dei Carabinieri locali e provinciali, Polizia, Vigili del Fuoco) e, in particolare, nel 2014 con il Soccorso Alpino è stato approvato con DGR il nuovo schema di convenzione.

Per l'emergenza urgenza ospedaliera, con DGR del novembre 2014, sono state identificate le tipologie di ospedali sulla base della rete dell'emergenza:

- Ospedali di base sede di PS autonomo con accessi > ai 20.000 anno
- Ospedali di I livello con DEA di I livello con accessi > a 45.000 anno
- Ospedali di II livello con DEA di II livello costituiti dalle 4 AOU regionali.

Fanno parte della rete ospedaliera gli Ospedali di prossimità con meno di 100 p.l. e un bacino inferiore a 70.000 abitanti.

E' stata attivata la funzione di accoglienza e si è quasi completata l'attività di implementazione sui percorsi brevi "See and Treat" e sulla metodica e "Fast Track" in molte aziende e presidi.

Con DGR del 2014 sono state date le prime linee di indirizzo relative all'articolazione della rete per la patologia tempo dipendente "Ictus" e con Decreto dirigenziale del 2015 sono stati individuati i componenti dell'organismo di monitoraggio del relativo PDTA. Rimangono invariate le informazioni sulle altre reti.

Si resta in attesa di conoscere le modalità di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 e di acquisire i dati sui risultati del monitoraggio dell'attività svolta nell'ambito della rete tempo dipendente Ictus.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP.24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/N. accessi calcolati con HSP.24: 92,71%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/totale record inviati: 99,88%

Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 382,91

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

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
338165	24,37%	748564	53,95%	279176	20,12%	21477	1,55%	32	0,00%	0	0	1387414

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		N.A.		
276291	19,91%	929452	66,99%	144613	10,42%	12890	0,93%	348	0,03%	23820	1,72%	1387414

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014/ N. di interventi al 118 anno = 108,03%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

data/ora inizio chiamata corretta = 100%

data/ora arrivo mezzo di soccorso = 98,65%

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), lo stesso dell'anno 2013.

aah) Cure primarie

Con la DGR 1231/2012 la regione Toscana ha approvato lo schema di accordo per la Medicina Generale (AIR) all'interno del quale sono stati definiti criteri e modalità per l'individuazione e la costituzione delle AFT. Tali modelli organizzativi sono stati quindi istituiti ed attivati in ciascuna Azienda USL con la partecipazione di 2.751 Medici di Medicina Generale che condividono in forma strutturata obiettivi di governo clinico, definizione del budget in relazione agli obiettivi assistenziali, percorsi assistenziali e percorsi di presa in carico dei pazienti complessi, audit e strumenti di verifica della qualità assistenziale, formazione, implementazione del sistema informativo. Al 31 dicembre 2014 risultano attive le 115 AFT già definite nell'anno 2013 nell'ambito delle quali la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico è attivata dal 100% dei MMG. Nell'ambito del processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, prosegue l'implementazione delle Case della salute in quanto unità strutturali di base per un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT. Ogni Casa della Salute è strutturata in sedi fisiche ben riconoscibili e presenti in maniera omogenea sul territorio regionale ed è in grado di garantire la presa in carico multidisciplinare multiprofessionale coordinata clinicamente dal MMG titolare della scelta del singolo paziente. Dal monitoraggio effettuato nell'anno 2014 risultano attivate 46 Case della salute (18 in più rispetto all'anno 2013) che nella maggior parte dei casi garantiscono la continuità dell'assistenza per 24 ore e sette giorni su sette.

Sulla scorta dell'atto formale di programmazione menzionato (DGR 1231/2012) la Regione nell'anno 2014 ha dato seguito al processo di riorganizzazione che ha visto la conferma del numero delle AFT già attivate e l'implementazione delle Case della salute secondo quanto previsto dalla normativa vigente. Ha fornito le informazioni richieste.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La regione Toscana ha inviato la documentazione relativa ai percorsi terapeutico-riabilitativi e quella concernente al monitoraggio.

I monitoraggi relativi alla attuazione delle Linee Guida regionali e degli indirizzi di Giunta per la programmazione della attività sanitaria delle Aziende USL sono effettuati in alcuni ambiti dall'Agenzia Regionale di Sanità (percorsi Ictus cerebrale, Frattura di femore, Protesi d'anca, Protesi di ginocchio), in alcuni ambiti direttamente dalla Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale (percorsi Gravi Cerebrolesioni Acquisite e Stati Vegetativi, Sclerosi Multipla, Sclerosi Laterale Amiotrofica).

Per quanto riguarda i dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedaliero, vedere tabella allegata.

La Regione presenta per l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2014 una variazione positiva percentuale al di sotto del valore medio nazionale e registra un trend in miglioramento nel triennio 2012-2014.

Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza la Regione presenta un posizionamento positivo rispetto al valore Italia, così come il trend nel triennio.

Per quanto riguarda l'indicatore percentuale dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa la Regione presenta una variazione negativa rispetto al valore Italia, così come un andamento negativo negli anni 2012-2014.

La Regione viene considerata adempiente, si raccomanda di tenere sotto controllo gli aspetti organizzativi dei ricoveri.

aa) prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La regione Toscana risulta sufficiente per 5 items su 5.

Per gli indicatori di performance si riscontra in particolare un livello di attività insoddisfacente per i controlli sanitari svolti sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione e per le attività previste dal Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA).

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 (sufficiente con un punteggio pari al 88,5% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacovigilanza sugli operatori controllabili, per la percentuale dei campioni svolti dal Piano Nazionale per la ricerca dei Residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (PNR) nonché il mancato rispetto dei tempi per il rilascio del riconoscimento definitivo per gli stabilimenti che producono alimenti di origine animale.

aak) linee guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

Sulla base delle informazioni fornite dalla Regione, 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" è pari al 65% delle strutture totali, in aumento del 5% rispetto al 2013.

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 Toscana abbia raggiunto ottimi risultati sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, nella quale mostra uno scostamento minimo rispetto al tetto del 11,35% (11,53% del FSR, con uno scostamento pari allo 0,18% corrispondenti a circa 1,4 milioni di euro), ha ancora margini di miglioramento nella regolamentazione della spesa farmaceutica regionale, in particolar modo per l'elevata incidenza della spesa ospedaliera (6,11%). Infatti, la spesa farmaceutica regionale risulta essere pari al 17,6%, al lordo della quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci, del finanziamento programmato, pari al 14,85% del FSR.

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

La riduzione della spesa farmaceutica territoriale nel 2014, è dovuto principalmente, come per l'anno 2013, all'individuazione e al raggiungimento degli obiettivi annuali di appropriatezza prescrittiva per i farmaci in regime di erogazione convenzionale. Tale manovra è stata stimata dalla regione Toscana con un impatto economico pari a circa 5 milioni di euro su base annua.

La spesa farmaceutica territoriale della regione Toscana 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 registra un'incidenza percentuale della spesa ospedaliera sul FSR tra le più elevate in Italia, assieme alla regione Puglia. Malgrado i risparmi derivanti dall'individuazione di obiettivi di appropriatezza prescrittiva, la spesa farmaceutica ospedaliera della regione Toscana si attesta intorno ai 371 milioni di euro per l'anno 2014, con un trend in crescita rispetto al 2013 (351 milioni di euro) e con uno

scostamento percentuale rispetto al tetto programmato del 3,5% pari a +1,9%, relativamente all'acquisto di farmaci innovativi ad alto costo.

La Regione non si è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero di livello regionale.

Infine, la regione Toscana 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 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 98,5% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2014.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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 raggiunto la copertura della Tab. 1G del Conto Annuale.

Si riportano per la regione Toscana (vedi tabella):

- i dati riferiti al numero di strutture complesse, ospedaliere e non ospedaliere, previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- i dati riferiti al numero di strutture semplici previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- il numero delle strutture complesse ospedaliere secondo lo standard, elaborato in riferimento ai posti letto ospedalieri pubblici (10.325 p.l.) attivi al 1° gennaio 2014
- il numero delle strutture complesse territoriali secondo lo standard, elaborato in riferimento alla popolazione residente (3.750.511 ab.) nella regione Toscana per l'anno 2014 (Fonte ISTAT)
- il numero delle strutture semplici secondo lo standard.

Tipologia di incarico	N. Strutture regionali da Standard	Anno 2014	
		Numero strutture assegnate	Numero strutture previste
Strutture complesse ospedaliere	590	394	582
Strutture complesse non ospedaliere	278	262	335
Strutture semplici (incluse le strutture semplici a valenza dipartimentale)	1.136	1.020	1.199

Fonte: DGSISS-Ufficio di statistica. Elaborazioni dati del Conto Annuale del SSN, dei modelli di rilevazione HSP.11 e HSP.12, della Popolazione residente ISTAT. Anno 2014

Dai dati risulta che la Regione, pur rientrando nello standard relativamente alle strutture complesse ospedaliere previste e per quanto riguarda le strutture assegnate, per le strutture complesse non ospedaliere previste e le strutture semplici previste risulta leggermente sovradimensionata rispetto allo standard, con un eccesso pari a n.57 strutture complesse non ospedaliere e n.63 strutture semplici.

Pertanto si invita la Regione a procedere per le suddette strutture previste ad un allineamento agli standard nazionali.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di aver recepito l'Accordo con 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" (già trasmessa per il 2013).

La Regione trasmette DGRT 690-2015 recante "Approvazione progettualità di cura della malattia diabetica in regione Toscana e destinazione. Ripartizione risorse finanziarie a favore delle Aziende Sanitarie toscane al fine di realizzare le progettualità di cura per la malattia diabetica", con la quale vengono approvati i progetti regionali sulla malattia diabetica, e viene destinato per ciascun progetto-obiettivo il corrispettivo finanziamento.

aa0) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La Regione con DGR 497 del 16 giugno 2014 ha recepito a livello regionale il documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

Allegati Toscana

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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 FLS.11 (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 FLS.12 (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	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 1C bis rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	97,30%	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 STS.14 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	100,00%	2	1,0	
11	STS.21	1,5	%modelli STS.21 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	97,47%	2	3,0	
12	STS.24	2	% modelli STS.24 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	99,87%	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) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilimento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_livello\_di\_istruzione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_data\_prenotazione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_classe\_priorità}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_causa\_esterna}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	98,33%	2	1,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 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%	99,69%	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	HSP.11/12	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)	1,72	2	4,0	
5	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	1,89	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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	1,96	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)	1,93	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)	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 HSP.24 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 $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usl\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	0,000%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	96,64%	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		Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	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	Interv. 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	Iperplasia 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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	98,3%	20
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	93,4%	20
U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	27,91%	36
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	9,45%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		91

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	11,4	13,5	12,9	13,5	10,3	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	24,7	10,5	23,7	10,0	23,6	9,9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	4,3	9,1	3,7	7,7	2,1	6,6

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 nonché 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. <u>Regioni dell'OM</u> ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. <u>Regioni dell'OM</u> <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN)
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 (PNA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNA	≥ 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			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]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	conformità dei dati forniti secondo le indicazioni previste dalla nota n. DGVA/X/6057 del 13/02/2006 [vedere annotazione]	<i>non coerenti</i>	<i>coerenti</i>	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 controlli [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	<i>≥ 95% dei controlli previsti</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni</i>	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni</i>	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.Lg.vo 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	<i>Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (2106 controlli su 11208 operatori pari al 19%)</i>	<i>Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>	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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , e nei tacchini da riproduzione e ingrasso [vedere annotazione]	<i>< 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"</i>	<i>≥ 90% delle registrazioni dei campionamenti inseriti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per ciascuno dei piani applicabili, e validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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	<i><85% di bovini morti testati per BSE</i>	<i>≥ 85% di bovini morti testati per BSE</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>invio corretto e completo entro la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	<i>corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>invio corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	<i>corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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]	<i>trend in aumento</i>	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. 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 2014	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione</i>	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	<i>validazione effettuata oltre la scadenza prevista</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	inviato, debitamente compilato, entro la data prevista	% di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte [vedere annotazione]	<i>numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>	numero di audit uguale o superiore al 30 % 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 2014 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 (Cat A 43,3%)	≥ 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	Mananza 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	meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato (17,64%)	<i>almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04 (33,33%)	<i>almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	0	0	
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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	<i>tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	tabella inviata in modo corretto e completo e basata su attività di audit svolta nel 2014	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	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	trasmesso entro la data prevista	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti</i>	allegato 3 inviato, corretto e completo	2	12	
TOTALE		100								177	

SUFFICIENTE con 88,5% e 4 indicatori vincolanti su 6



c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

Dalla verifica dei modelli CE e LA risultano superate le discrepanze inizialmente rilevate. Sono stati trasmessi gli Allegati 5 e 6 con la relativa riconduzione ai singoli livelli di assistenza. Per quanto riguarda la differenza tra le voci "R" pari a 10.567, la Regione ha dichiarato che essa è imputabile alla contabilizzazione della Non Autosufficienza. La gestione di tale fondo e delle relative attività è affidata alle Aziende USL che, con contabilità separata, rilevano le movimentazioni intervenute nel corso dell'anno in ordine allo stesso Fondo. Le Aziende pertanto rilevano a ricavo (nella voce AA0070) il contributo regionale assegnato per l'anno di competenza e a costo, secondo natura, gli oneri che sostengono. Tali partite vengono rilevate nei modelli di rilevazione economica (mod. CE) ed elise nel processo di consolidamento che avviene a livello regionale. Conseguentemente, mentre i modelli CE e i bilanci aziendali risultano comprensivi di tali partite, esponendo il dato al lordo di tale voce, il consolidato regionale viene redatto al netto della Non Autosufficienza.

Statistici

ADEMPIENTE

Si segnala, in via preliminare, che nella verifica degli adempimenti per l'anno 2013 la regione Umbria è risultata adempiente con impegno a migliorare la tempestività nell'invio dei dati del Certificato di assistenza al parto e la completezza degli stessi, nonché la qualità delle informazioni rilevate dai flussi informativi STS.11 – Dati anagrafici delle strutture sanitarie e STS.24 – Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale (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. Queste criticità per l'anno 2014 sono state superate.

Con riferimento all'anno 2014 la copertura dei dati risulta buona.

Si evidenziano tuttavia criticità per i flussi informativi T1C bis – Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private (copertura 83,33 %) e STS.21 – Assistenza specialistica territoriale (copertura 88,10 %).

La qualità dei dati risulta inizialmente insufficiente. I seguenti flussi informativi mostrano criticità: HSP.12 – Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (qualità 0,97), FLS.21 – Attività di assistenza sanitaria di base (qualità 0,87), STS.21 (qualità 1,74) e T1C bis (qualità 1,67).

La regione Umbria, alla luce di quanto sopra riportato, ha effettuato le integrazioni e correzioni richieste in banca dati NSIS, superando in tal modo le criticità sui flussi informativi T1C bis, HSP.12, HSP.14 – Apparecchiature tecnico biomediche, STS.21, FLS.21 .

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Umbria con un punteggio pari a 190 (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), 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 2015, la regione Umbria ha una dotazione di 3.143 posti letto, pari a 3,51 per 1.000 abitanti, di cui 3.09 per pazienti acuti (2.762 posti letto) e 0,43 per riabilitazione e lungodegenza (381 posti letto).

La Regione deve effettuare la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13 in base dati 2015.

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014) un Tasso di Ospedalizzazione totale di 152,52 nel 2012, 148,00 nel 2013 e 143,45 nel 2014.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è inferiore al 25% negli anni di riferimento: 21,3% nel 2012, 20,85 nel 2013 e 20,14 nel 2014. Come per l'anno 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 PRESCRIZIONE

La regione Umbria con una percentuale pari al 18,5% di DRG critici superiore al terzo quartile (18,4%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'inadempienza.

Si segnalano le criticità per i DRG 013, 047, 051, 055, 070, 074, 158, 183, 208, 228, 245, 252, 283, 299, 333, 340, 352, 369, 503, 563 e 564 (vedi tabella allegata).

La Regione trasmette documentazione integrativa, che non fornisce indicazioni su un piano strutturato e coordinato di interventi di promozione e controllo dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero.

La Regione viene considerata, in sede di riunione del Comitato Lea del 28 gennaio 2016, adempiente con prescrizione a presentare nell'arco di due mesi un piano di interventi nel quale vengano individuate le strutture di ricovero con più evidenti criticità, identificate le relative cause e definiti conseguentemente gli specifici interventi correttivi, sia sul piano strutturale sia sul piano organizzativo.

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

H.1 Monitoraggio ex post

Dai dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 e pervenuti al Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, risulta che la percentuale di corretta compilazione dei campi non raggiunge la soglia prevista per il campo Classe priorità prestazione 41,56% e il campo Garanzia Tempi di attesa 24,98%.

Per quanto sopra riportato non è possibile calcolare correttamente gli indicatori relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (già previsti per l'anno 2013) e ai soli fini informativi RMN Colonna vertebrale, Ecografia ostetrico-ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia.

La Regione ha inviato il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto per l'anno 2014 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante.

Dai dati si ricava che percentuale di garanzia per ambedue i periodi indice e per ambedue le classi di priorità raggiunge la soglia di adempienza.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

La Regione raggiunge per l'anno 2014 la soglia del 90% riguardo il campo Classe di priorità sia in Regime ordinario che Day Hospital, mentre per il campo Data di prenotazione le soglie sono rispettivamente 93,10% Regime ordinario e 69,91 DH. Anche lo scorso anno la Regione presentava un valore al di sotto della soglia per il campo Data di prenotazione DH.

Da fonte "Rapporto SDO anno 2014" risulta che l'attesa media in gg. per intervento Tumore mammella è di 29,1 gg. rispetto la media nazionale di 24,7 gg.; per intervento Tumore colon retto è di 23,6 gg. rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

Dai dati pervenuti risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

La Regione, per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni, come già dichiarato per la verifica 2013, si è attivata con indicazioni contenute anche nel Piano straordinario per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui alla DGR 1009 del 04.08.2014.

La Regione comunica che viene a conoscenza dell'eventuale sospensione dell'attività di prenotazione attraverso la compilazione, da parte delle Aziende/Strutture erogatrici, del report mensile regionale utilizzato per il monitoraggio delle sospensioni-chiusure delle agende di prenotazione.

Inoltre riporta che le eventuali criticità rilevate vengono trasmesse per PEC alle Aziende erogatrici, le quali devono sanarle entro la settimana successiva all'invio attivando azioni correttive specifiche da comunicare alla Regione.

H.5 Monitoraggio PDT complessi

Dall'esame dei dati relativi al monitoraggio dei PDT complessi dai dati pervenuti risulta che il monitoraggio è stato effettuato.

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

La Regione ha compilato la tabella attestante la verifica della presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web delle Aziende erogatrici.

La Regione ha trasmesso a novembre 2015 documentazione integrativa che reca informazioni attinenti il Monitoraggio ex post e il Monitoraggio delle attività di ricovero.

Dalle verifiche effettuate è possibile notare un impegno da parte della Regione a superare le criticità rilevate. Per quanto riguarda il Monitoraggio ex post si sottolinea il miglioramento nella percentuale di corretta valorizzazione del campo Garanzia Tempi di attesa, che passa dal 24,98% (2014) al 100% (2015).

Si riscontrano comunque problematiche sia per il 2014 che per il 2015 in merito alla TAC Torace senza e con contrasto, che la Regione può verificare attraverso il cruscotto informativo NSIS.

Pur apprezzando l'impegno della Regione, la stessa viene considerata adempiente con impegno a risolvere le criticità relative al Monitoraggio ex post.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: UMBRIA		
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012		
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014		
TERRITORIALE		importo in €
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	131.491.728
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	2.143.289
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	2.598.728
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	411.598
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	48.485.710
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	17.419.640
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	2.217.858
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	15.201.782
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		177.041.682
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	1.663.680.198
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	188.827.702
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-11.786.021
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)	
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0
M=E-L Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione		177.041.682
OSPEDALIERA		importo in €
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	140.517.696
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	9.253.375
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	1.502.325
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	11.302
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	325.338
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		80.939.646
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	1.663.680.198
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	58.228.807
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC d	3.705.000
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	1.348.000
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		95.246.021
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	37.017.214

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione rappresenta nella scheda Co.An. lo stato di avanzamento nell'attuazione della contabilità analitica per singola Azienda sottolineando che relativamente al punto A4 "Capacità di quantificare gli scambi interni" la quantificazione degli stessi è possibile per tutte le procedure informatizzate (RIS, LIS), mentre si sono riscontrate difficoltà per le ulteriori prestazioni, pur di importo marginale, per le quali non è presente una procedura in grado di tracciare le relative richieste ed erogazioni.

La Regione già precedentemente aveva provveduto, inoltre, con delibera 956/2013, a trasmettere l'atto di nomina del responsabile del procedimento di verifica dello stato di attuazione della contabilità analitica.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

Rispetto a quanto dichiarato nell'anno 2013 con delibera 1569 del 23 dicembre 2013, la Regione non ha adottato ulteriori provvedimenti.

Nello schema tipo al punto 3, infatti, si stabilisce che, in attuazione dell'art. 1 comma 173 della Legge 2004, n. 311 e dell'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.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 67,2% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE

Alla Regione viene attribuito un punteggio totale di 24 punti, così ripartiti:

- Offerta assistenziale: 8 punti (minimo 4 punti)
- Ripartizione degli oneri: 6 punti (minimo 4 punti)
- Cure domiciliari: 3 punti (minimo 3 punti)
- Cure residenziali: 6 punti (minimo 4 punti)
- Cure semiresidenziali: 1 punto (minimo).

Con riferimento all'assistenza residenziale e semiresidenziale, in data 18.11.2015 la Regione invia una relazione nella quale dichiara che le prestazioni R2D (che non risultano dal flusso FAR) sono attive in almeno tre residenze; si raccomanda alla Regione di inserire nel flusso FAR tutte le prestazioni R2D e gli altri trattamenti che vengono erogati in tutte le strutture pubbliche e private accreditate sul territorio, in modo da avere evidenza dell'assistenza fornita.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS alla data del 24 novembre 2015, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS.21 = 78%

Esito: Adempiente.

Si prende atto dell'integrazione di dati da parte della ASL 202 che hanno consentito il superamento di una criticità riscontrata in precedenza (Rapporto SIAD attivate – FLS.21 quadro H: 72%).

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 = 86,97%

Esito: Adempiente

- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	N. Pic erogate	Tasso di prese in carico	
1.470	1,66	767	0,87	122	0,14	574	0,65	2933

S.4

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS alla data del 30 settembre 2015, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24-Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 43,98%

Esito: Adempiente con impegno ad allineare le fonti informative

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 78,91%

Esito: Adempiente con impegno ad allineare le fonti informative

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 7,29
- 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.
278	0,31	1.264	1,43	0	0,00	4.295	4,85	5.819	6,59	204	0,23	435	0,49	639	0,72	6.458

^(*) 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 risulta adempiente in base alla delibera 1599 del 30.12.2013 che aggiorna la DGR 957 del 4 settembre 2013. E' previsto infatti l'abbattimento del 40% del valore tariffario per un valore soglia pari a 60 giorni.

u) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la regione Umbria risulta pari a 100 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

Con la DGR 989 del 9.09.2013, trasmessa per la verifica 2013, la regione Umbria ha affidato al Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica il Piano di attività di aggiornamento, formazione continua e manageriale per il triennio 2013/2015, predisposto sulla base degli obiettivi formativi regionali individuati con la DGR 1465 del 19.11.2012.

Con determinazione dirigenziale n. 1887/2015 ha approvato le schede di valutazione degli standard di qualità dei provider e degli eventi formativi ECM per le attività di verifica da parte dell'Osservatorio regionale per la formazione continua in medicina – ORECEM.

Per quanto concerne il trasferimento dei dati dei partecipanti agli eventi formativi, la Regione dichiara che solo nel mese di maggio 2015 il sistema informatico regionale ECM è stato aggiornato per consentire ai provider provvisoriamente accreditati di poter trasmettere al CoGeAPS i report relativi agli eventi realizzati nell'anno 2014, adeguandosi alla normativa.

Ciò premesso, pur segnalando il ritardo di cui sopra, per l'anno 2014 la regione Umbria si considera adempiente.

Si raccomanda alla regione di controllare l'effettivo invio dei dati dei partecipanti agli eventi formativi al CoGeAPS al fine di garantire la registrazione dei crediti ai professionisti sanitari.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico-Terapeutici

ADEMPIENTE

La regione Umbria si sta adoperando per strutturare un sistema di individuazione e implementazione di PDTA in vari contesti assistenziali.

Si deve comunque far notare che nel corso dell'anno 2014 non sono stati individuati ulteriori PDTA riportati nell'elenco del Questionario, tali da soddisfare quanto richiesto.

La Regione trasmette una nota relativa alle azioni messe in atto dalle Aziende USL Umbria 1, USL Umbria 2, AO Perugia e Terni.

Si è tenuto conto anche della documentazione ad oggetto "Procedura per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antitumorali - Relazione" relativa al punto as) Rischio clinico.

Si prende atto positivamente delle iniziative che la Regione sta attuando; si suggerisce nel contempo di prevedere la definizione di ulteriori PDTA tra quelli riportati nel Questionario e proprio su questo aspetto, ai soli fini informativi, si richiedono chiarimenti.

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 1488 del 24.11.2014 recante "Ricognizione delle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Regionale nell'anno 2014 quali livelli essenziali aggiuntivi di assistenza in attuazione dell'art. 4, c.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 2014 (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

La Regione ha recepito l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 con la DGR 726 del 02.07.2013, già trasmessa ai fini della verifica 2013.

La Regione ha relazionato chiarendo che l'iter è stato concluso per oltre 200 strutture; rimangono in corso di valutazione 10 strutture o per adeguamento alle prescrizioni o perché ancora in valutazione.

Si attendono informazioni circa l'esito dell'iter anche per le strutture ancora in valutazione.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La Regione 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 2014 risulta in corso la sperimentazione "Prosperius RIA srl". Ha inoltre trasmesso i dati di mobilità e la relazione annuale di verifica.

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

ADEMPIENTE

La Regione, in merito al Piano di riorganizzazione della rete laboratoristica e al service di laboratorio, ha indicato la delibera di riferimento già riportata ed allegata per la verifica 2013. Relativamente alla medicina di laboratorio ha risposto a tutti i quesiti integrando quanto richiesto; infine, ha allegato la relazione illustrativa dello stato dell'arte del processo di riorganizzazione.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La regione Umbria in data 15 luglio 2015 ha trasmesso il Report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2014 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" e le delibere 1185 e 2313.

In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 20.624 controlli, pari al 14,6% del totale, mentre effettua per le strutture private accreditate 6.024 controlli, pari al 61,8%; delle cartelle controllate non sono state confermate il 24,55% delle cartelle per le strutture pubbliche e l'8,6% per le strutture private accreditate.

In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriately individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) la Regione complessivamente assicura per le strutture pubbliche e per le strutture private una percentuale di controlli pari a quasi il 7% della totalità delle cartelle cliniche.

Per quanto riguarda l'impatto economico dei controlli sanitari, per il campione casuale, il recupero a livello di budget dei ricoveri relativi all'anno 2014 a seguito dei controlli effettuati risulta essere pari allo 0,12% sia per pubblico che per privato, mentre per le prestazioni ad alto rischio di inappropriately risulta essere 0,07 e 0,01%.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

Si valutano positivamente le iniziative svolte dalla Regione per le campagne di informazione ai cittadini, relative nella fattispecie al Centro residenziale di cure palliative (Hospice) “La casa nel Parco” di Perugia.

In relazione alla tabella degli indicatori di cui al DM 43/2007, si osserva che gli stessi sono sostanzialmente in linea con gli standard di riferimento eccetto che per l'indicatore n. 6 che risulta elevato.

Si chiede alla Regione di fornire, ove appropriato, anche il valore percentuale.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2014 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 STS.11: 3/3 (100%).

AO.3

ADEMPIENTE

Già nell'anno 2013, la Regione risultava avere ottemperato agli adempimenti evidenziati nella tabella relativa al percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.

Inoltre, sono stati forniti i richiesti elementi conoscitivi sulle azioni di monitoraggio, che si valutano positivamente.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

La Regione invia la lettera con la quale la ASL Umbria 2 approva il progetto per l'attuazione della sezione intramuraria nell'istituto penitenziario di Spoleto per il quale si prevedeva l'apertura entro la terza decade di novembre 2015.

La regione Umbria con deliberazione n. 492 del 14 aprile 2015 concernente “Programma per la realizzazione di interventi per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (Legge 17 febbraio 2012 n. 9 art.3-ter) e Sezione intramuraria per la tutela della salute mentale dei detenuti” ha previsto la costituzione di una sezione intramuraria di diagnosi e trattamento presso un Istituto penitenziario umbro.

La determinazioni della ASL e la DGR regionale consentono il superamento degli impegni degli anni 2012 e 2013.

Relativamente all'anno 2014 la Regione non ha dimesso dagli OPG una percentuale di pazienti superiore al 50%; tuttavia, le motivazioni della Regione attestano che tale evenienza è scaturita da eventi non riconducibili all'attività di assistenza sanitaria, ma da indicazioni della Magistratura di Sorveglianza.

Infine, la Regione ha formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 3-ter della legge n. 9/2012 e s.m.i.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha implementato 12 Raccomandazioni ad una percentuale maggiore del 80%.

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 antineoplastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono il 91%.

Rispetto alla presenza di una procedura per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antineoplastici, la Regione non invia alcuna documentazione.

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

La Regione invia le informazioni richieste circa i corsi di sicurezza del paziente organizzati a livello regionale e locale per i professionisti sanitari.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria

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

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione ha dichiarato di aver predisposto un piano per la prevenzione delle cadute nel corso dell'anno 2014 avendo:

- recepito formalmente la raccomandazione n. 13
- definito modalità operative e strumenti al fine di prevenire e gestire le cadute in ambito sanitario
- fornito agli operatori/servizi strumenti appropriati per la valutazione rischio cadute, per la prevenzione, gestione e la segnalazione dell'evento e che questi sono implementati a regime.

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione invia la delibera di istituzione del gruppo di esperti per l'analisi degli eventi sentinella e uno schema sintetico relativo agli indicatori di monitoraggio.

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

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione ha fornito gli indicatori di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

- ASL Umbria 2

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 48,83%,

Dal denominatore devono essere tolti 53 utenti in quanto minori presenti presso le strutture "codice STS.11 054301 Centro diurno per minori in Giardino utenti 19", "codice STS.11 084801 Comunità terapeutica per minori Coriandoli utenti 14", "codice STS.11 204889 Centro diurno

BAO BAB disabili minori utenti 20”; ne consegue che l’indicatore per la Asl Umbria 2 assume un valore pari a 55,04%.

- ASL Umbria 1

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 15,38%,

Dal denominatore devono essere tolti 303 utenti in quanto minori presenti presso le strutture “codice STS.11 060608 Centro residenziale D.A.I. utenti 86”, “codice STS.11 070304 Centro residenziale D.C.A. utenti 56”, “codice STS.11 060607 Centro semiresidenziale D.A.I. utenti 57” “codice STS.11 070703 Centro semiresidenziale D.C.A. utenti 58” “codice STS.11 070307 Centro diurno il Nido delle Rondini utenti 52” , ne consegue che l’indicatore per la Asl Umbria 2 assume un valore pari a 23,66%

Si prende atto delle azioni poste in essere dalla Regione per il raggiungimento della completezza e della qualità delle informazioni trasmesse al NSIS che hanno consentito il superamento di criticità inizialmente riscontrate.

Esito: Adempiente con impegno al raggiungimento della completezza e della qualità dei dati trasmessi al NSIS.

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: 91,67

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

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella.

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
305	727	418	1159	563	321	28	46	53	196	3816

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 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014/Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 110,7%

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): 211

- Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 1,23

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

La Regione comunica di aver effettuato quattro visite di verifica ai Servizi Trasfusionali e tredici visite di verifica alle Unità di Raccolta.

La Regione ha provveduto a rilasciare i provvedimenti di autorizzazione e accreditamento.

E' stato emanato il Piano regionale per l'autosufficienza emocomponenti e plasma.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

La regione Umbria, dando seguito alle prescrizioni impartite relativamente alla verifica 2013 ha predisposto ed inviato la DGR 945 del 03.08.2015 avente per oggetto "Riorganizzazione della rete dei punti nascita regionali ai sensi dell'Accordo del 16 dicembre 2010 ed approvazione protocolli interaziendali di attuazione".

Sulla base degli impegni assunti con tale DGR, la regione Umbria, come da prescrizione, ha inviato le seguenti informazioni:

- formalizzazione chiusura del PN di Narni
- formalizzazione chiusura del PN di Castiglione del Lago.

La documentazione inviata dalla regione Umbria e la relativa tempistica delle azioni da completare entro il 2016 per dare piena aderenza all'Accordo del 16.12.2010, permette di rilevare la buona ottemperanza a tutte le prescrizioni impartite relativamente alla verifica 2013. La richiesta relazione circa le azioni di verifica e monitoraggio effettuate dalla Regione presso le costituite AFOI, di fatto rinviata al primo semestre 2016, non costituisce motivo ostativo al parere di adempienza, tuttavia si invita la regione Umbria ad inviare la suddetta relazione per dar conto circa le attività svolte presso i PN di Orvieto, Spoleto, Todi e Gubbio inseriti nel contesto delle AFOI e che, secondo i dati Cedap 2014 si attestano su volumi di attività inferiori a 500 parti anno.

A tal riguardo si rappresenta che la regione Umbria dovrà comunque richiedere al CPN nazionale una valutazione circa la persistenza in deroga dei suddetti PN, seguendo la procedura metodologica messa a punto dal Comitato.

Infine, da quanto relazionato dalla Regione in merito alla verifica 2014, si evince che è stato dato seguito al monitoraggio sulla costituzione dei Comitati Percorso Nascita.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La Regione ha trasmesso le stesse informazioni già inviate per la verifica 2013, confermando l'articolazione dei presidi ospedalieri e territoriali afferenti alla rete dell'emergenza urgenza, la loro localizzazione geografica e la distinzione per livello di complessità: 2 DEA di II livello, 3 DEA di I livello, 9 presidi di PS di base (definiti punti di primo soccorso), 34 Postazioni mobili 118 e 1 CO regionale.

Relativamente al DEA di I livello articolato su due sedi, PO di Città di Castello e PO di Branca, ad oggi non sono state ancora fornite le informazioni richieste sui criteri utilizzati nell'identificare i due presidi, considerata la notevole distanza esistente tra loro (> di 60 Km).

Le informazioni trasmesse relativamente alla presenza di modalità di integrazione tra parte territoriale e ospedaliera, presenza di coordinamento regionale delle attività e presenza di modalità

di raccordo tra l'emergenza-urgenza e la continuità assistenziale, risultano anch'esse invariate rispetto a quanto già trasmesso precedentemente.

Anche se non ci sono stati rilevanti modifiche, sarebbe opportuno che la Regione trasmettesse un aggiornamento relativamente all'attività di monitoraggio effettuata nell'ambito delle reti per le patologie tempo dipendenti e all'organizzazione del servizio di elisoccorso.

Inoltre, si sottolinea l'opportunità di una maggiore aderenza dell'articolazione dei presidi della rete ospedaliera di emergenza urgenza alle indicazioni di cui al Decreto n. 70/2015 (Regolamento sugli standard ospedalieri), in particolare per quanto riguarda i bacini di utenza dei presidi sede di Pronto soccorso, dei presidi sede di DEA di I o di II livello, nonché il ruolo e la definizione dei PPI.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP.24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/N. accessi calcolati con HSP.24: 85,54%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/ totale record inviati: 99,88%

Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 370,12
- Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso: vedi tabelle.

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
37959	11,57%	218067	66,48%	47600	14,51%	2005	0,61%	22381	6,82%	0	0	328012

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		N.A.		
35345	10,78%	230030	70,13%	38468	11,73%	1746	0,53%	22423	6,84%	0	0	328012

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014/N. di interventi al 118 anno 2013 = 104,26%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

- data/ora inizio chiamata corretta= 100,00%

- data/ora arrivo mezzo di soccorso= 97,05%

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), lo stesso dell'anno 2013.

aah) Cure primarie

La regione Umbria con DGR 970 del 30.07.2012 ha posto in essere le misure per il riordino e la razionalizzazione dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale e nell'ambito dell'Assistenza Distrettuale, ha previsto di istituire le nuove forme associative delle Cure primarie denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Da tempo ha inoltre predisposto un nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR), sia per la medicina generale che per la pediatria di libera scelta, che prevede l'istituzione di tali forme organizzative sebbene le trattative decentrate regionali, da espletarsi con le organizzazioni sindacali mediche di categoria, allo stato attuale, non si sono ancora concluse.

Pertanto, con la relazione fatta pervenire, la Regione conferma l'organizzazione dell'assistenza primaria da tempo in atto che si esplica attraverso le Equipe territoriali (DGR 456/2002 per i MMG e DGR 615/2003 per i PLS), che, seppure strutturate diversamente rispetto alle AFT, ne condividono le finalità di sviluppo e promozione dell'assistenza territoriale nell'ambito dell'organizzazione del Distretto. In particolare è confermata l'attivazione di 81 NCP su tutto il territorio regionale delle quali 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).

Relativamente ai modelli organizzativi complessi strutturati come un sistema integrato di servizi che concorrono alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT e i medici convenzionati che le compongono garantendo l'accoglienza, la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e sociali), la Regione conferma l'attivazione di 2 Case della Salute.

Con la relazione fornita, la Regione conferma l'assetto organizzativo dell'Assistenza Territoriale adottato con DGR 970 del 30.07.2012 precisando, inoltre, che da tempo è stato predisposto un nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR) per la medicina convenzionata (MMG e PLS) che prevede l'istituzione dei modelli organizzativi monoprofessionali (AFT) e multiprofessionali (UCCP).

Tuttavia, le trattative decentrate regionali, da espletarsi con le organizzazioni sindacali mediche di categoria, allo stato attuale, non si sono ancora concluse.

aai) Riabilitazione

AAI.1

ADEMPIENTE

La regione Umbria ha inviato la documentazione relativa alla definizione di Percorsi Riabilitativi o Profili Integrati di Cura per condizioni e problematiche ad elevato impatto riabilitativo e il Monitoraggio dell'applicazione dei Percorsi Riabilitativi o Profili Integrati di Cura per condizioni e problematiche ad elevato impatto riabilitativo nelle Aziende sanitarie.

Per quanto riguarda i dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedaliero, vedere tabella allegata.

La Regione presenta per l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2014 una posizione positiva percentuale al di sotto del valore medio nazionale e registra un trend positivo nel triennio 2012-2014.

Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza potenzialmente ad alto rischio di inefficienza la Regione presenta una posizione negativa rispetto al valore Italia.

Per quanto riguarda l'indicatore percentuale dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa la Regione presenta una variazione positiva rispetto al valore Italia così come un andamento positivo negli anni 2012-2014.

La Regione risulta adempiente in quanto presenta un valore positivo per l'indicatore di inappropriatezza clinica. Si raccomanda la Regione di promuovere iniziative colte alla diminuzione delle giornate di degenza inappropriate.

aa) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La regione Umbria risulta sufficiente per 4 items su 5.

Per gli indicatori di performance si segnala in particolare un livello di attività insoddisfacente per la percentuale dei campioni svolti previsti dal Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA), la percentuale dei campioni per la ricerca dei residui fitosanitari nonché il 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 90,5% e sufficiente per 4 indicatori su 6). In proposito, si segnala un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili.

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.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

La Regione ha fornito una relazione sul numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini. Sulla base delle informazioni fornite dalla Regione, 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" è in aumento rispetto al 2013.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1

SI RINVIA AL PUNTO L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

La regione Umbria registra un andamento piuttosto costante 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 dell'Umbria si colloca allo stesso livello del tetto di spesa prefissato (11,35%) e corrispondente, pertanto, a un'incidenza percentuale dell'11,35% sul FSR, al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci", pari a uno scostamento dello -0,71%, equivalente a un avanzo di circa 11,8 milioni 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 (5,73%), registrando un disavanzo di circa 37 milioni di euro.

In definitiva, la Regione, pur rispettando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, evidenzia il mancato rispetto del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, presentando 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.

L'andamento dell'incidenza della spesa farmaceutica territoriale registra una riduzione tendenziale nel tempo, dovuta alle numerose deliberazioni emanate dalla regione Umbria in materia di contenimento della spesa convenzionata nel corso degli anni.

In particolare, gli interventi operati hanno riguardato l'accordo regionale con le farmacie territoriali pubbliche e private 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, nonché gli indirizzi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie della Regione per incentivare la prescrizione di farmaci equivalenti e biosimilari.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la regione Umbria continua ad evidenziare un andamento costante dell'incidenza della spesa sul FSR. La razionalizzazione della spesa è giustificata dalla 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 (e.g. farmaci oncologici) e l'individuazione di centri autorizzati alla prescrizione di farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA.

La Regione si è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero di livello regionale, aggiornato 5 volte in un anno (cadenza pressoché trimestrale), senza trasmetterlo all'AIFA.

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 2014, 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 93% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 93% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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 DGR 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 del 26 marzo 2012.

Inoltre, la Regione ha inviato la DGR 1007 del 04.08.2014 relativa agli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali per l'anno 2014.

Relativamente al numero di strutture semplici e complesse, si riportano (vedi tabella allegata):

- i dati riferiti al numero di strutture complesse, ospedaliere e non ospedaliere, previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- i dati riferiti al numero di strutture semplici previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- il numero delle strutture complesse ospedaliere secondo lo standard, elaborato in riferimento ai posti letto ospedalieri pubblici (2.890 pl) attivi al 1 gennaio 2014
- il numero delle strutture complesse territoriali secondo lo standard, elaborato in riferimento alla popolazione residente (896.742 ab.) nella regione Umbria per l'anno 2014 (Fonte ISTAT)
- il numero delle strutture semplici secondo lo standard.

Tipologia di incarico	N. Strutture regionali da Standard	Anno 2014	
		Numero strutture assegnate	Numero strutture previste
Strutture complesse ospedaliere	165	130	196
Strutture complesse non ospedaliere	98	39	55
Strutture semplici (incluse le strutture semplici a valenza dipartimentale)	345	621	781

Fonte: DGSISS-Ufficio di statistica. Elaborazioni dati del Conto Annuale del SSN, dei modelli di rilevazione HSP.11 e HSP.12, della Popolazione residente ISTAT. Anno 2014

Dai dati risulta che la Regione, pur rientrando nello standard relativamente alle strutture complesse assegnate, per le strutture complesse previste e le strutture semplici previste risulta sovradimensionata.

Si invita la Regione a procedere ad un allineamento ai parametri standard definiti dal Comitato Lea.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato già per la verifica 2013 di aver recepito 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".

aa) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La Regione con DGR 639 del 21.05.2015 ha recepito a livello regionale il documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

Allegati Umbria

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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	98,11%	2	6,0	
2	Mod. FLS.11	2	%ASL che hanno inviato il modello FLS.11 (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 FLS.12 (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	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	

6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 1C 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 STS.14 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	100,00%	2	1,0	

11	STS.21	1,5	%modelli STS.21 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	99,46%	2	3,0	
12	STS.24	2	% modelli STS.24 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	97,51%	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) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilimento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_livello\_di\_istruzione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_data\_prenotazione}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_classe\_priorità}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100 + 0,3 \cdot \frac{\text{SDO\_con\_compilazione\_causa\_esterna}}{\text{totale\_SDO}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	98,94%	2	1,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 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%	96,25%	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	HSP.11/12	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)	1,30	2	4,0	
5	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	1,87	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)	1,43	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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	2,00	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)	1,83	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	1,97	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	1,95	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 HSP.24 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 $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usl\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	0,018%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	94,26%	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		Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	dati coerenti	2	2,0	
		25							45,0	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	45,0 - 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 inappropriata

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	Iperensione	
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	Interv. 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	Afezioni 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	Iperptrofia 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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	Un solo caso di morbillo classificato come probabile	20
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	100,0%	20
U.3 Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	25,00%	45
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	7,50%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		100

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	11,8	13,5	13,1	13,5	9,8	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	13,9	10,5	11,8	10,0	8,1	9,9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	7,8	9,1	10,0	7,7	7,1	6,6

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. <u>Regioni dell'OM</u> ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. <u>Regioni dell'OM</u> <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi 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 oviceprine 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			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]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	PNA - 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 PNA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	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]	<i>non coerenti</i>	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 controlli [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	<i>≥ 95% dei controlli previsti</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni (ultimo aggiornamento dati il 16/01)</i>	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni</i>	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.Lg.vo 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	<i>Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (1088 controlli su 2247 operatori pari al 48%)</i>	<i>Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>	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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , e nei tacchini da riproduzione e ingrasso [vedere annotazione]	<i>< 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"</i>	<i>≥ 90% delle registrazioni dei campionamenti inseriti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per ciascuno dei piani applicabili, e validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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	<i><85% di bovini morti testati per BSE</i>	<i>≥ 85% di bovini morti testati per BSE</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>invio corretto e completo entro la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	<i>corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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. DGSFAF 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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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	<i>>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>	≤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]	<i>trend in aumento</i>	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]	<i>< dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	≥ 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. 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 2014	assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	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 2014 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 (Cat A 46,8%)	≥ 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	<i>Mananza di comunicazione del cellulare</i>	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]	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1 .</i>	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, maggiore di 1</i>	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]	<i>arrivo dei dati oltre il termine</i>	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]	<i>> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	<i>≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	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	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	<i>meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014 (parte relativa ai piani d'azione inviati il 17/03)	<i>tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	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	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	trasmesso entro la data prevista	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti</i>	allegato 3 inviato, corretto e completo	2	12	
TOTALE		100								181	

SUFFICIENTE con 90,5% e 4 indicatori vincolanti su 6



c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli previsti dall'adempimento, nonché il dettaglio dell'allegato 5 e 6 e la relativa riconduzione ai singoli livelli di assistenza.

La Regione ha inoltre trasmesso una nota con allegata la quadratura del modello CE-SP risultante dal NSIS.

Statistici

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La copertura dei dati risulta buona. Si segnala tuttavia che la copertura del flusso informativo Dati SDO compilazione nuovi campi (DM 135 del 8.07.2010) è sotto soglia.

La qualità dei dati risulta buona.

In seguito alla richiesta di eliminare la criticità nella copertura del flusso informativo SDO compilazione nuovi campi, la regione Veneto ha inviato una nota con la quale rende noto di aver reso bloccanti i controlli sugli errori relativi alla compilazione dei nuovi campi della SDO, a partire dalla trasmissione dei dati di attività del mese di novembre 2015. La Regione inoltre dichiara che è in atto un processo di ricostruzione dei dati mancanti.

Si fa presente che le considerazioni della Regione non modificano la situazione relativa alla compilazione dei nuovi campi previsti dal DM 135/2010, nel flusso informativo SDO dell'anno 2014. Per quanto riguarda la eventuale ricostruzione dei dati mancanti, si evidenzia che il flusso informativo SDO nazionale dell'anno 2014 è ormai consolidato ed il Rapporto annuale sui ricoveri ospedalieri dell'anno 2014 è già stato pubblicato.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Veneto con un punteggio pari a 189 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia delle criticità per i seguenti indicatori: 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) (già rilevata nel 2013) e 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni) (già rilevata nel 2013).

La Regione a novembre 2015 trasmette documentazione integrativa; in merito alla nota num. 486592 con la quale la Regione chiede di rivalutare il punteggio dell'indicatore 16 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari, pur apprezzando le diverse valutazioni effettuate, si ribadisce che il valore normale riportato nella Griglia Lea 2014 deve essere $\geq 42\%$.

In merito alla nota prot. 486633, si comunica che i controlli effettuati su farine, che risultano essere dei prodotti trasformati dei cereali, non rientrano nella classe dei cereali (non trasformati) la cui definizione è riportata nell'allegato 1 al Reg. 396/2005.

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2015, la regione Veneto ha una dotazione complessiva di 18.011 posti letto, pari a 3,66 per 1.000 abitanti, di cui 3,10 per pazienti acuti (15.261 posti letto) e 0,56 per riabilitazione e lungodegenza (2.750 posti letto).

Si segnalano i seguenti riscontri:

- in base dati 2013 figurano 3 posti letto di Lungodegenza in regime di day hospital, che sono stati sommati ai posti letto ordinari
- in base dati 2014 figura 1 posto letto di Lungodegenza in regime di day hospital, che è stato sommato ai posti letto ordinari; la Regione non ha effettuato la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13
- in base dati 2015 figura 1 posto letto di Lungodegenza in regime di day hospital, che è stato sommato ai posti letto ordinari; la Regione non ha effettuato la validazione dei flussi informativi HSP.12 e HSP.13.

In riferimento a tale tematica, la Regione ha trasmesso numerosi documenti consistenti in disposizioni attuative della DGR 2122 del 19.11.2013, a sua volta inerente l'intervento di revisione delle dotazioni di posti letto delle strutture sanitarie di diverse tipologie. La Regione deve validare i flussi informativi come sopra riportato.

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014) un tasso di ospedalizzazione totale inferiore allo standard; in particolare, questo è di 122,51 nel 2014.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è inferiore al valore limite del 25% negli anni 2012 (24,8%), 2013 (24,25%) e 2014 (23,65%).

La Regione risulta aver trasmesso la DGR 2533/2013 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. 135/12, come pure i valori di ospedalizzazione espressi.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

La regione Veneto con una percentuale pari al 5,1% di DRG critici inferiore al valore mediano (8,8%) della distribuzione nazionale, si colloca nell'area dell'adempienza.

Si segnalano criticità per i DRG 249, 256, 281 e 426 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

Dai dati pervenuti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 risulta che la Regione raggiunge la percentuale di corretta compilazione.

Sulla base dei dati pervenuti al Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica sono stati calcolati gli indicatori relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (già previsti per l'anno 2013) e ai soli fini informativi RMN Colonna vertebrale, Ecografia ostetrico-ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia. Dal calcolo degli indicatori risulta che le percentuali di garanzia sono soddisfatte.

Ai soli fini informativi, la Regione ha inviato il file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro percentuale di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto per l'anno 2014 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante. Dai dati pervenuti risultano soddisfatte le percentuali di garanzia.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Dai dati pervenuti risulta che la Regione per l'anno 2014 raggiunge la soglia del 90% riguardo il campo "Data di prenotazione" e il campo "Classe di priorità" sia in regime ordinario che Day Hospital.

Da fonte Rapporto SDO per l'anno 2014 risulta che l'attesa media in giorni per intervento Tumore mammella è di 24,2 gg rispetto la media nazionale di 24,7 gg; per intervento Tumore colon retto è di 25,3 rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

Dai dati pervenuti risulta che la Regione effettua il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

La Regione ha fornito indicazioni per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni; nell'attività di controllo dell'effettiva erogazione delle prestazioni non riscontra sospensioni dell'attività di prenotazione presso le strutture sanitarie.

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 è stata svolta.

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

La Regione ha compilato la tabella attestante la verifica della presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web di tutte le strutture pubbliche.

I) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

Si riporta di seguito la Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica per l'anno 2014.

Regione: VENETO			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	592.609.737	6,68%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	10.739.477	0,12%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	12.659.939	0,14%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	2.017.495	0,02%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	230.347.994	2,60%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	129.876.053	1,46%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	65.741.947	0,74%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	64.134.106	0,72%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica Territoriale		863.282.768	9,73%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	8.868.543.747	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	1.006.579.715	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	-143.296.948	-1,62%
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		863.282.768	9,73%
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)	656.189.821	7,40%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	46.721.754	0,53%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	6.659.954	0,08%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	50.337	0,0006%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	1.829.791	0,02%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3 Totale spesa farmaceutica Ospedaliera		370.579.991	4,18%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	8.868.543.747	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	310.399.031	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri (Medicinali senza AIC d	12.103.000	0,14%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	12.994.000	0,15%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale		442.398.745	4,99%
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	131.999.714	1,49%

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 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 in coerenza con il Piano Sanitario Regionale 2012-2014. 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 anche in coerenza con il punto 2 della DGR 1529 del 28 agosto 2013.

Sono stati rispettati anche tutti gli obiettivi previsti dalla griglia di "Verifica e monitoraggio stato di implementazione Co.An".

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione, in base alla DGR n. 2445 del 16 dicembre 2014 che modifica la 2792 del 24 dicembre 2012 (lettera e) dell'art 8), ha rispettato l'adempimento. In base all'allegato B alla DGR 2445 del 16 dicembre 2014, infatti, sono stabilite le cause di risoluzione del contratto in caso di mancato rispetto degli obiettivi, di cui all' art. 4 lettera f) della dell'allegato in oggetto.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 91,3% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2

ADEMPIENTE

Il punteggio totale riportato dalla Regione è di 31 punti, così ripartiti:

Offerta assistenziale: 9 punti

Ripartizione degli oneri: 9 punti

Cure domiciliari: 5 punti

Cure residenziali: 8 punti

Cure semiresidenziali: 0 punti.

S.3

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Assistenza-Domiciliare relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello FLS.21 – quadro H, in riferimento alle prese in carico totali

Numero prese in carico attivate SIAD/ Numero prese in carico con FLS.21= 217%

Si segnala l'incoerenza tra i dati rilevati dalla fonte individuale SIAD con i dati rilevati dalla fonte aggregata FLS.21. Si richiede alla Regione di rappresentare in una nota i motivi di tale disallineamento.

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 = 100%

Esito: Adempiente

- Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti): 6,68

- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	
21.598	4,42	6.971	1,43	1.141	0,23	4.049	0,83	33.759

Dati aggiornati all'8.7.2015

S.4

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24 – quadro F e G

Numero assistiti (FAR)/Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F-Tipo assistenza=2 (Assistenza Semiresidenziale)= 83,03%

Esito: Adempiente

Numero assistiti (FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)= 108,85%

Esito:Adempiente

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 9,51
- 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.
1787	0,37	8775	1,80	514	0,11	34016	6,97	44571	9,24	1788	0,37	197	0,04	1977	0,41	46.431

^(*) 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

Con delibera 2310 del 9 dicembre 2014 vengono stabilite, richiamando la deliberazione 442 del 10 aprile 2014, che recepisce il DM 18 ottobre 2012., anche per il 2014 e 2015 le tariffe di cui alla DGR n. 1805 dell'8 novembre 2011. Si prevede, infatti, l'abbattimento tariffario pari a circa il 48% relativo alla lungodegenza oltre il valore soglia di 40 giorni.

u) Prevenzione

ADEMPIENTE

Il valore dell'adempimento per la regione Veneto risulta pari a 100 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE

La regione Veneto ha risposto, in maniera esaustiva, a tutti i punti del Questionario. In particolare, per quanto concerne la programmazione e la pianificazione delle attività formative, con DGR n.1753

del 29 settembre 2014 la Regione ha individuato gli obiettivi di interesse regionale in linea con le indicazioni emerse dal PSSR 2013-2016.

Al fine di concretizzare quanto programmato al livello regionale, un ruolo rilevante è stato attribuito alle aziende sanitarie, le quali dovranno prevedere nei singoli piani di formazione, un'area dedicata allo sviluppo degli obiettivi di formazione regionale attraverso la realizzazione di attività formative. Inoltre, la regione Veneto ha implementato il sistema di accreditamento dei provider regionali, predisposto in attuazione della Convenzione con AGENAS, con la procedura di accreditamento standard per i provider accreditati provvisoriamente dal 2012. A tal proposito, la Regione dichiara che al 31 dicembre 2014, sono stati accreditati 69 provider provvisori ed è stata avviata la procedura di accreditamento standard per le Aziende Sanitarie/Ospedaliere e l'Istituto Oncologico Veneto. Ciascun provider, trasmette al CoGeAPS e all'ente accreditante i report delle partecipazioni agli eventi svolti, come previsto dalla normativa in materia. Inoltre, al fine di garantire la qualità dell'offerta formativa, nel 2014 sono state avviate le attività dell'Osservatorio regionale con il compito di verificare il possesso dei requisiti da parte dei provider accreditati e di verificare la coerenza delle attività formative con gli obiettivi prestabiliti nel Piano di formazione.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE

La Regione ha strutturato da tempo un sistema di elaborazione e monitoraggio di numerosi PDTA sia in ambito ospedaliero che territoriale, dei quali è pervenuto l'atto formale di adozione.

La Regione riporta le modalità di monitoraggio adottate per i PDTA.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE

Per il 2014, la Regione dichiara di garantire le seguenti prestazioni aggiuntive

- assistenza farmaceutica: farmaci per Sindrome di Sjogren, farmaci fascia C in ADI, farmaci per il trattamento della disfunzione erettile nei pazienti medullolesi, farmaci a base di testosterone per ipogonadismo maschile, farmaci per PMA
- assistenza specialistica: esenzione ticket per test diagnostici per Sindrome di Sjogren
- assistenza protesica: assistive and information technologies per deficit motori e/o sensoriali intellettivo-simbolico-relazionali DGR n. 3594/2002
- assistenza integrativa: prodotti dietetici aproteici a soggetti affetti da insufficienza renale cronica DGR n. 2661/2003 (€ 745.000 cap. 101702)
- assistenza economica : contributi per quota sociale in assistenza residenziale extraospedaliera per problemi psichiatrici e per domiciliarità disabili in situazioni straordinarie (€ 224.000 cap. 101176)
- prestazioni non sanitarie agli invalidi di guerra: contributi per accompagnatori, assistenza sanitaria preventiva, assistenza extrasanitaria, indennità giornaliera per alimenti
- esenzioni: donatori midollo, celiaci, approfondimento diagnostico diagnosi precoce tumori
- altro.

Le relative delibere sono state già trasmesse in occasione delle precedenti verifiche.

La Regione trasmette una bozza della delibera 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" e relativo allegato (spesa totale anno 2014 € 97.194.000) e, successivamente, la DGR 912 del 20 luglio 2015 con oggetto "Ricognizione dei livelli aggiuntivi di assistenza erogati nella Regione del Veneto al 31.12.2014. 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, anno 2104, la Regione ha dichiarato di garantire le seguenti prestazioni per un totale di € 97.194.000 (somma che corrisponde a quella indicata nel documento ricognitivo)

- prodotti aproteici
- prestazioni ex ONIG a invalidi di guerra
- altre prestazioni escluse dai Lea - altro.

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE

La regione Veneto ha concluso l'iter di accreditamento ed informa che il proprio sistema regionale è sostanzialmente corrispondente ai principi dell'Intesa del 20 dicembre 2012.

La Regione ha avviato un tavolo tecnico con le Aziende sanitarie per la migliore declinazione dei contenuti dell'Intesa predetta nel sistema regionale.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE

La regione Veneto ha compilato la scheda di rilevazione fornendo le informazioni richieste in materia di sperimentazioni gestionali e ha allegato la normativa di riferimento. Al 31.12.2014 risultano in corso due sperimentazioni gestionali "Istituto Elioterapico Codivilla Putti s.r.l." e "Ospedale riabilitativo di Alta specializzazione S.p.A.". Ha inoltre allegato per entrambe le sperimentazioni le relazioni annuali di verifica.

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

ADEMPIENTE

La Regione ha indicato ed allegato la normativa sulla riorganizzazione della rete laboratoristica e sul service di laboratorio; per entrambi i punti ha indicato ed allegato la recente DGR 524/2014 avente ad oggetto le Linee guida di accreditamento per lo sviluppo della medicina di laboratorio. Con riferimento alla medicina di laboratorio ha risposto a tutti i quesiti; ha inoltre fornito una relazione sintetica dei principali aspetti della rete laboratoristica presente in Regione.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La regione Veneto ha trasmesso il Report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2014 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".

In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 63.777 controlli, pari al 11,5% del totale mentre, effettua per le strutture private accreditate 13.267 controlli, pari al 11,2%; delle cartelle controllate non sono state confermate l'8,8% delle cartelle per le strutture pubbliche ed il 4,5% per le strutture private accreditate.

In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriately individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) la Regione complessivamente assicura per le strutture pubbliche e per le strutture private una percentuale di controlli pari a quasi il 4% della totalità delle cartelle cliniche.

Per quanto riguarda l'impatto economico dei controlli sanitari, la Regione specifica che la valutazione della percentuale di budget recuperato risulta non del tutto completata per due Aziende ULSS e pertanto non è stato possibile indicare l'abbattimento del budget complessivo.

Successivamente ha trasmesso un aggiornamento sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2014.

In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 63.746 controlli, pari al 11,5% del totale mentre effettua per le strutture private accreditate 13.267 controlli, pari al 11,2%.

In riferimento alla Tabella 2 la Regione complessivamente assicura per le strutture pubbliche una percentuale di controlli pari al 4% della totalità delle cartelle cliniche e pari al 3,7% per le strutture private.

Viene aggiornato anche l'impatto economico dei controlli sanitari.

ao) Cure palliative

AO.1

ADEMPIENTE

Con riguardo alla istituzione della rete assistenziale palliativa e della rete di terapia del dolore, si rileva che queste risultavano già formalmente istituite in sede di verifica 2013.

Si prende atto della documentazione trasmessa dalla Regione inerente la "XIII Giornata Nazionale del Solievo - 2014".

In riferimento alla formazione degli operatori sulla rete assistenziale palliativa, si prende atto dei numerosi eventi formativi somministrati nell'anno 2014.

In relazione alla tabella degli indicatori si segnala che questi sono sostanzialmente in linea con gli standard di riferimento, ad eccezione dell'indicatore 1, che risulta inferiore.

AO.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2014 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 STS.11: 19/21 (100%)

Si segnala l'assenza di dati delle seguenti strutture attese:

- 105 - Arzignano 162494 Ospedale di Comunità Valdagno
- 105 - Arzignano 162507 Ospedale di Comunità Montecchio.

La Regione ha trasmesso la nota prot. n. 350461 in cui comunica che le due strutture in questione non erogano attività di tipo S12. La Regione ha provveduto altresì a correggere l'anagrafica SIS. Pertanto le strutture attese sono 19 e la completezza è pari al 100%.

AO.3

ADEMPIENTE

Già nell'anno 2013 la Regione risultava avere ottemperato agli adempimenti evidenziati nella tabella relativa al percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.

Inoltre, la Regione ha trasmesso documentazione inerente le attività di revisione sistematica degli strumenti e delle azioni finalizzate ad una appropriata presa in carico dei pazienti.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

La Regione ha dimesso dagli OPG una percentuale di pazienti pari al 64% circa e ha formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

La Regione ha implementato 13 Raccomandazioni su 15 con una percentuale superiore all'80%.

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 antitumorali rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono il 69% superando il valore del 60% richiesto per l'adempimento. Rispetto alla presenza di una procedura per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antitumorali, la regione Veneto invia una relazione che descrive le attività intraprese a vari livelli.

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

La Regione invia le informazioni richieste circa i corsi di sicurezza del paziente.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia; dall'indagine è emerso che tutte le 324 UO chirurgiche regionali utilizzano la Checklist, raggiungendo pertanto la percentuale del 100%.

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione ha adottato le raccomandazioni ministeriali.

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

La Regione dichiara di aver istituito un gruppo di esperti per l'analisi degli Eventi Sentinella e 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

La Regione ha fornito gli indicatori di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 come definiti nelle Linee guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010. Dai valori indicati si evidenzia un miglioramento rispetto al 2013.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo della salute mentale relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 83,75%

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: 94,5%

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: Adempiente

- Numero degli utenti con almeno un contatto in funzione del gruppo diagnostico: vedi tabella.

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
3792	9796	3541	11389	7157	2794	610	1310	1274	4801	46464

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 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014/Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 119,8%

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: 99,8%

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): 234
- Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,79

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

ADEMPIENTE

La Regione ha presentato il Piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nei termini previsti.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che il 100% dei Servizi Trasfusionali, delle Unità di Raccolta e dei relativi punti di raccolta è stato oggetto di visita di verifica in conformità alle modalità previste dall'Accordo Stato-Regioni n. 242 del 16 dicembre 2010.

La Regione ha provveduto a rilasciare i relativi Decreti autorizzativi per i ST e per le UdR.

La Regione ha definito il programma annuale per l'autosufficienza regionale del sangue e dei suoi prodotti, avvalendosi dell'Organismo di Supporto Scientifico e Tecnico (OSST) il quale svolge funzioni consultive soprattutto sul versante della programmazione dell'autosufficienza in emocomponenti e plasmaderivati secondo riferimento normativo DGR n. 4166/07.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

Le informazioni fornite dalla Regione vengono valutate positivamente. Si rappresenta, tuttavia, che, essendo ancora in attività 7 PN con volume di parti <500/anno, come si evince da fonti dati CEDAP e modelli NSIS HSP.11 "Dati anagrafici delle strutture di ricovero" e HSP.11 bis "Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero", l'eventuale persistenza in deroga, sebbene siano presenti tutti gli standard operativi, tecnologici e di sicurezza previsti dall'Accordo del 16.12.2010,

dovrà comunque essere adeguatamente motivata e dovrà essere chiesto parere al Comitato Percorso Nascita Nazionale.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La Regione conferma anche per il 2014 l'articolazione della rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza che prevede 7 DEA, 23 PS integrati in organizzazione dipartimentale, 14 PS semplici e 9 PPI.

La Regione sottolinea che non sono previsti DEA di I e II livello, ma un unico livello di DEA negli ospedali capoluogo di provincia e che in ciascuna Azienda ULSS è presente un PS integrato in organizzazione dipartimentale funzionale. In riferimento alla rete ospedaliera la Regione, oltre ad avere fornito con la DGR n. 2122/2013 (indirizzi e criteri operativi) indicazioni sulle funzioni e l'organizzazione dei servizi di PS e OBI, nel corso del 2014, ha emanato le Linee guida per la redazione del progetto di gestione dell'attesa in pronto soccorso e gli indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell'attività svolta all'interno dei PS e i criteri per l'attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza. Con la stessa DGR ha definito anche la funzione dei Mezzi di Soccorso, distinguendo tre livelli assistenziali: mezzi con medico a bordo (preferibilmente automediche), di supporto avanzato con Infermiere (ALS) e di supporto di base con OSS o soccorritori volontari BLS. Ha definito inoltre l'articolazione dei PPI, distinguendo il PPI-A (avanzato) e il PPI – B (di base).

Con DGR 646 del 28.04.2015, la Regione ha rimodulato la dotazione dei mezzi di soccorso medicalizzati e di quelli con infermieri sul territorio regionale. In riferimento alle CO 118 la Regione conferma le 7 sedi con i rispettivi bacini di appartenenza e non indica alcuna ipotesi di riduzione del numero delle CO. Non vengono fornite informazioni relativamente al servizio di elisoccorso regionale.

In riferimento all'integrazione tra il sistema dell'emergenza territoriale e la rete ospedaliera, e al raccordo tra l'emergenza territoriale e la continuità assistenziale, le informazioni rimangono invariate. Nulla di nuovo viene riferito in merito alle reti tempo dipendenti.

Successivamente la Regione trasmette documentazione integrativa, relativa al recepimento dell'Accordo del 7 febbraio 2013 sull'integrazione tra Continuità assistenziale e Sistema 118 e all'attività del servizio di elisoccorso.

Riguardo al primo punto, informa che con DGR del maggio 2015 è stato istituito un tavolo di lavoro paritetico sulla continuità assistenziale per approfondire gli aspetti di integrazione con la MG e che l'Accordo sarà recepito a fine 2015 in quanto si attendono i risultati di una sperimentazione effettuata nella provincia di Vicenza.

In merito all'attività del servizio di elisoccorso, espletata sulle 4 basi regionali, fornisce i dati relativi al 2014 che risultano in linea con quanto indicato nel Decreto n. 70/2015. Si resta, comunque, in attesa di ricevere l'atto formale di recepimento.

AAG.2

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-PS relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza con il modello HSP.24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP.24: 96,15%

Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/ totale record inviati: 99,84%

Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 356,09

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

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		X		
598569	34,43%	809916	46,59%	304038	17,49%	25400	1,46%	435	0,03%	0	0	1738358

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												Totale
B		V		G		R		N		N.A.		
682794	39,28%	795625	45,77%	211071	12,14%	18782	1,08%	1815	0,10%	28271	1,63%	1738358

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR-118 relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014/N. di interventi al 118 anno 2013 = 103,85%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Numero Chiamate data/ora inizio chiamata corretta = 100%

data/ora arrivo mezzo di soccorso = 91,37%

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), lo stesso dell'anno 2013.

aah) Cure primarie

Anche per l'anno 2014 la Regione conferma l'obiettivo strategico di vedere diffusa sull'intero territorio la medicina di gruppo secondo un modello di rete integrata. In particolare conferma la previsione di costituire una Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) ogni 25.000 abitanti (inteso come limite minimo) per un totale programmato di 159. Relativamente a tali modelli organizzativi monoprofessionali costituiti da MMG o PLS che condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, le Aziende ULSS, nella definizione del proprio piano aziendale di sviluppo, stanno provvedendo all'individuazione degli ambiti di ciascuna AFT sulla base dei bisogni espressi dalla popolazione del territorio. In data 23.03.2015 sono state costituite (deliberate ed in fase di attuazione) 115 AFT e 6 PDTA (Diabete mellito, BPCO, Scompenso Cardiaco, Fibrillazione Atriale, Ipertensione Arteriosa e SLA). Relativamente alla gestione dei flussi informativi/informatici, sulla base del disciplinare tecnico già definito e che 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, è emerso che la quasi totalità dei MMG (99,9%) opera la gestione della Scheda sanitaria Individuale su supporto informatico, partecipa attivamente alle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche, ed utilizza i sistemi di comunicazione informatica, di rete telematica, di teleconsulto, di telerefertazione e di telemedicina, dove attivati.

Riguardo le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), previste dalla L. 189/2012, la Regione le identifica con la “medicina di gruppo integrata”, intesa quale team multiprofessionale costituito da MMG, PLS, MSA, MCA, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali che eroga un’assistenza globale (dalla prevenzione alla palliazione) continua, equa e centrata sulla persona, nonché assicurata h 24 e 7gg su 7 anche in collaborazione con tutti gli attori del Distretto Socio Sanitario. In particolare, ad oggi, sono stati attivati sul territorio regionale 39 modelli organizzativi complessi riconducibili alle menzionate UCCP dei quali 32 definiti UTAP e 7 “Medicine di Gruppo Integrate”. Permangono, inoltre, le forme di medicina in associazione dei MMG (semplici, in rete e di gruppo) previste negli AACCN della Medicina Generale relativi agli anni 2005 e 2009, che gradualmente saranno convertite in AFT. La Regione fornisce inoltre sia l’elenco degli atti formali di programmazione relativi all’istituzione delle AFT e delle UCCP che gli indicatori relativi al numero di medici che ha aderito ai nuovi modelli organizzativi delle Cure Primarie. Il 100% dei MMG ha aderito alle AFT e di questi 294 partecipano anche alle UCCP.

La Regione ha fornito le informazioni richieste in merito all’adozione di atti formali di programmazione relativi all’istituzione dei nuovi modelli organizzativi delle Cure primarie (UCCP e delle AFT). Prosegue pertanto il percorso volto alla diffusione sull’intero territorio regionale della medicina di gruppo secondo un modello di rete integrata che vedrà gradualmente l’attivazione dei modelli organizzativi previsti. Allo stato attuale le Aziende ULSS sono impegnate nella definizione degli ambiti di sviluppo, secondo i bisogni espressi dal territorio, sia delle AFT che delle UCCP.

aa1) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La regione Veneto ha inviato la seguente documentazione:

- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Regionale (PDTA) nella sclerosi multipla: nomina componenti del Tavolo tecnico Regionale;
- PDTA definito da Tavolo di lavoro regionale per sclerosi multipla;
- ottimizzazione ed informatizzazione del percorso assistenziale delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e sua condivisione tra i diversi servizi coinvolti e disposizioni per realizzare una gara centralizzata regionale per la fornitura di comunicatori;
- disposizioni relative alla prescrizione di comunicatori per le persone affette da SLA;
- disposizioni relative al rimborso delle spese sostenute da parte delle Aziende ULSS di residenza per il noleggio dei comunicatori a puntamento ottico per le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) aggiudicati in gara regionale. Integrazione dei servizi di riabilitazione collegati ai centri accreditati;
- Linee di indirizzo per la gestione della fase post-acuta dell'ictus;
- approvazione Progetto Obiettivo Prevenzione, Diagnosi e Cura del Diabete Mellito.

Relativamente ai dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedaliero, vedere tabella allegata.

Per quanto riguarda l’indicatore di inappropriatezza clinica nell’anno 2014 la Regione presenta una variazione negativa al di sopra del valore medio nazionale, migliorando il trend nel triennio 2012-2014.

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 conferma un trend positivo.

Per quanto riguarda l’indicatore percentuale dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa la Regione presenta una variazione positiva rispetto al valore Italia, così come un andamento positivo negli anni 2012-2014.

aa2) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE

La regione Veneto risulta sufficiente per 5 items su 5. Per gli indicatori di performance si riscontra in particolare un livello di attività insoddisfacente per i controlli sanitari svolti sugli alimenti in fase di

commercializzazione e somministrazione, per le attività previste dal Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA) e per il controllo dei residui fitosanitari negli alimenti vegetali.

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 (sufficiente con un punteggio pari al 97,5% e sufficiente per 5 indicatori vincolanti su 6). In proposito, un livello insufficiente per le attività di farmacosorveglianza sugli operatori controllabili.

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE

La Regione riporta che 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" è pari al 56,4% delle strutture totali, in aumento rispetto al 53,7% del 2013.

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 (15,44%, 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% (10,45% 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 4,99% 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.

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 (38,00 euro per la distribuzione diretta e per conto di fascia A e 27,00 euro per i medicinali di fascia H). 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). Sono, inoltre, stati aggiunti tre indicatori per appropriatezza prescrittiva (nuovi anticoagulanti orali nella fibrillazione atriale non valvolare, farmaci ad alto costo per HIV e biosimilari). In particolare, per tali indicatori non è stato possibile calcolare il risparmio economico.

Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, il Veneto evidenzia un trend pressoché invariato dell'incidenza della spesa sul FSR (nel periodo 2011-2014), in gran parte collegato all'aumento della spesa in distribuzione diretta e per conto (di fascia H e C) e all'acquisto di medicinali innovativi ad alto costo. A tal 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 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 100% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2014.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, 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 dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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 Veneto ha inviato la DGR 2271 del 10.11.2013 con oggetto "Nuove disposizioni in tema di Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Articolo 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.e i.. L.R. 29 giugno 2012, n. 23" e la DGR 2122 del 19.11.2013 con oggetto "Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013" ai fini dell'adeguamento agli standard.

Per quanto riguarda il numero di strutture semplici e complesse, si riportano (vedi tabella):

- i dati riferiti al numero di strutture complesse, ospedaliere e non ospedaliere, previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- i dati riferiti al numero di strutture semplici previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- il numero delle strutture complesse ospedaliere secondo lo standard, elaborato in riferimento ai posti letto ospedalieri pubblici (14.851 pl) attivi al 1° gennaio 2014
- il numero delle strutture complesse territoriali secondo lo standard, elaborato in riferimento alla popolazione residente (4.962.818 ab.) nella regione Veneto per l'anno 2014 (Fonte ISTAT)
- il numero delle strutture semplici secondo lo standard.

Tipologia di incarico	N. Strutture regionali da Standard	Anno 2014	
		Numero strutture assegnate	Numero strutture previste
Strutture complesse ospedaliere	849	442	933
Strutture complesse non ospedaliere	365	234	300
Strutture semplici (incluse le strutture semplici a valenza dipartimentale)	1.589	1.705	2.085

Fonte dati: DGSISS - Ufficio di statistica. Elaborazioni dati del Conto Annuale del SSN, dei modelli di rilevazione HSP.11 e HSP.12, della Popolazione residente ISTAT. Anno 2014

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione dichiara di aver recepito il Piano nazionale per la malattia diabetica con DGR n. 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".

La Regione trasmette, altresì, copia della DGR 759 del 14 maggio 2015 con oggetto "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) regionale per la gestione integrata della persona con Diabete tipo 2".

aa0) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La Regione con Decreto 50 del 24 dicembre 2014 ha recepito a livello regionale il documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
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 FLS.11 (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 FLS.12 (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	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 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 FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 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 1C bis rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	96,67%	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 STS.14 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	96,63%	2	1,0	
11	STS.21	1,5	%modelli STS.21 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	97,12%	2	3,0	
12	STS.24	2	% modelli STS.24 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	97,98%	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) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{istituti\_rilevati}}{\text{istituti\_censiti}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \left(1 - \frac{\text{SDO\_stabilimento\_errato}}{\text{totale\_SDO}} \right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	99,17%	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) $x = 0,75 \cdot \frac{\text{totale\_SDO}}{\text{SDO\_con\_comunicazione\_quattro\_campi}} \cdot 100 + 0,25 \cdot \frac{\text{totale\_SDO}}{\text{SDO\_con\_comunicazione\_quattro\_campi}} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	91,44%	0	0,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 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						49,0	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%	99,16%	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)	1,97	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	HSP.11/12	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)	1,73	2	4,0	
5	HSP.11/13	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 case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=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)	1,87	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)	1,81	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 <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	2,00	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)	1,91	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 HSP.24 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	1,87	2	1,0	

14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_comune\_residenza\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_usl\_residenza\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_ricovero\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_data\_dimissione\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_diagnosi\_secondaria\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO\_data\_intervento\_principale\_errata}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO\_intervento\_principale\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO\_intervento\_secondario\_errato}{totale\_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	0,020%	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) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO\_con\_livello\_di\_istruzione\_valido}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_data\_prenotazione\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_classe\_priorità\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO\_con\_causa\_esterna\_valida}{totale\_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	88,30%	1	0,5	
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		Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	dati coerenti	2	2,0	
		25							46,5	BUONA

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

				PUNTEGGI			VALUTAZIONE	NOTE
1		Obblighi informativi e Indicatori		0	1	2		
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente all. 1		adempiente all. 1	2	49,0 ADEMPIENTE
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente all. 2	sufficiente all. 2	buona all. 2	2	46,5 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	Iperplasia 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

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	100,0%	20
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	81,0%	20
U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	23,00%	45
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	5,40%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		100

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	14,1	13,5	13,3	13,5	13,1	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	7,4	10,5	6,5	10,0	5,6	9,9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	6,2	9,1	5,5	7,7	5,6	6,6

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. <u>Regioni dell'OM</u> ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. <u>Regioni dell'OM</u> <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN)
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			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]	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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]	<i>non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	PNA - 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 PNA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	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]	<i>non coerenti</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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	<i>< 95% dei controlli previsti</i>	≥ 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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni</i>	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.Lg.vo 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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	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.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite (7656 controlli su 19647 operatori pari al 39%)	<i>Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>	1	5	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	SALMONELLOSI ZOOTICHE - 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 disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , e nei tacchini da riproduzione e ingrasso [vedere annotazione]	<i>< 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"</i>	<i>≥ 90% delle registrazioni dei campionamenti inseriti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per ciascuno dei piani applicabili, e validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"</i>	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]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% 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	<i><85% di bovini morti testati per BSE</i>	<i>≥ 85% di bovini morti testati per BSE</i>	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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>invio corretto e completo entro la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	<i>corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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. DGSF 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]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	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 oviceprine	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	<i>>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>	≤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]	<i>trend in aumento</i>	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]	<i>< dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	≥ 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. 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 2014	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione</i>	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	<i>validazione effettuata oltre la scadenza prevista</i>	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	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	inviato, debitamente compilato, entro la data prevista	% di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte [vedere annotazione]	<i>numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>	numero di audit uguale o superiore al 30 % 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	<i>< 90% dei questionari di non conformità inseriti</i>	≥ 90% dei questionari di non conformità inseriti	referti rilasciati dal laboratorio entro i tempi indicati dal PNR 2014 per ciascuna delle categorie (10 giorni lavorativi per le sostanze di Cat. A e 30 giorni lavorativi per quelle di cat. B) [vedere annotazione]	<i>< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati</i>	≥ 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	<i>Mancanza di comunicazione del cellulare</i>	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]	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1 .</i>	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]	<i>arrivo dei dati oltre il termine</i>	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]	<i>> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale</i>	≤ 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	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	<i>meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 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]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	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 2014 [vedere annotazione]	<i>tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2014	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	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	<i>trasmesso entro la data prevista</i>	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti</i>	<i>allegato 3 inviato, corretto e completo</i>	2	12	
TOTALE		100								195	

SUFFICIENTE con 97,5% e 5 indicatori vincolanti su 6