



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

**COMITATO PERMANENTE PER LA VERIFICA DELL'EROGAZIONE DEI
LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA IN CONDIZIONI DI
APPROPRIATEZZA ED EFFICACIA NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE, DI CUI
ALL'INTESA STATO-REGIONI DEL 23 MARZO 2005**

**NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE
SUI SINGOLI ADEMPIMENTI PER L'ANNO 2014**

REGIONE _____

PREMESSA

Questo documento contiene le note per la compilazione della documentazione che le Regioni devono trasmettere ai fini degli adempimenti previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il Patto per la salute 2010-2012 e l'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016.

Agli adempimenti sopra citati si aggiungono tutti quelli fissati da leggi successive, accordi e intese in Conferenza Stato-Regioni e altri atti di programmazione sanitaria specificatamente elencati nelle pagine seguenti.

La documentazione dovrà avere come riferimento fonti ufficiali informative o documentali, che vengono specificate nei singoli adempimenti.

Le note riportano la medesima numerazione delle lettere presenti nel Questionario.

Si ricorda che per ciascun gruppo di adempimenti è necessario identificare un referente regionale e fornire i corrispondenti numero telefonico e indirizzo e-mail.

INDICE

C) OBBLIGHI INFORMATIVI.....	1
E) MANTENIMENTO EROGAZIONE DEI LEA.....	9
F) ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	21
G) APPROPRIATEZZA.....	22
H) LISTE D’ATTESA.....	24
L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA.....	25
N) CONTABILITA’ ANALITICA.....	25
O) CONFERMABILITA’ DIRETTORI GENERALI.....	27
P) DISPOSITIVI MEDICI.....	27
S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE.....	27
T) TARIFFE OSPEDALIERE.....	31
U) PREVENZIONE.....	32
V) PIANO NAZIONALE AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO.....	34
X) IMPLEMENTAZIONE Percorsi Diagnostico-Terapeutici.....	34
Y) LEA AGGIUNTIVI.....	34
AH) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE.....	35
AJ) SPERIMENTAZIONI ED INNOVAZIONI GESTIONALI.....	35
AK) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE EROGANTI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO.....	36
AM) CONTROLLO CARTELLE CLINICHE.....	37
AO) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE.....	40
AP) SANITA’ PENITENZIARIA.....	42
AS) RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI.....	43
AT) Percorsi Attuativi della Certificabilità dei Bilanci degli Enti del SSN.....	44
AU) SISTEMA CUP.....	45
AAB) SISTEMA INFORMATIVO PER SALUTE MENTALE NSIS-SISM.....	45
AAC) SISTEMA INFORMATIVO PER LA DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI NSIS-SIND.....	46
AAD) SISTEMA FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE).....	47
AAE) ATTIVITA’ TRASFUSIONALE.....	47
AAF) PERCORSO NASCITA.....	48
AAG) EMERGENZA-URGENZA.....	49
AAH) CURE PRIMARIE.....	51
AAI) RIABILITAZIONE.....	52
AAJ) PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA’ PUBBLICA VETERINARIA.....	53
AAK) LINEE GUIDA PER LA DEMATERIALIZZAZIONE.....	62
AAL) ALTRI ASPETTI DELL’ASSISTENZA FARMACEUTICA.....	62
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.....	63
AAN) PIANO PER LA MALATTIA DIABETICA.....	64
AAO) LINEE DI INDIRIZZO PER LA TELEMEDICINA.....	64

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

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

Le informazioni di cui ai punti C.1, C.2 e C.3 sono compilate a cura del Ministero della salute e sono riportate nel Questionario solo a fini illustrativi dei criteri adottati per la certificazione dell'adempimento.

Nella valutazione dell'adempimento si terrà conto sia della copertura dei modelli informativi trasmessi al Ministero sia della qualità dei dati contenuti nei flussi informativi. Sono oggetto di valutazione i modelli economici (CE, SP, LA e CP) e gli altri flussi informativi ritenuti necessari per il monitoraggio dei livelli di assistenza.

C.1

Per i flussi di natura economica, 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.

Sono oggetto della verifica i modelli economici di seguito elencati relativi alle Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, IRCCS pubblici, anche trasformati in Fondazioni, Aziende Ospedaliere Universitarie (Decreto 23 ottobre 2006), spesa "accentrata regionale" (modello '000') e "riepilogativo regionale" (modello '999') in base al D.M. 13 novembre 2007 e D.M. 15 giugno 2012.

Si riporta di seguito (a titolo esemplificativo) la scheda di valutazione dell'adempimento degli obblighi informativi che l'ufficio istruttorio compilerà per singola Regione.

<i>Codice regione</i>	<i>Regione</i>	<i>Dato CE-SP-LA-CP</i>	<i>VALUTAZIONE</i>

Modello	% copertura
<u>CE consuntivo 2013</u>	
<u>CE preventivo 2014</u>	
<u>CE I trimestre 2014</u>	
<u>CE II trimestre 2014</u>	
<u>CE III trimestre 2014</u>	
<u>CE IV trimestre 2014</u>	
<u>CE consuntivo 2014 (a partire dal 30 giugno 2015)</u>	
<u>SP consuntivo 2013</u>	
<u>SP consuntivo 2014 (a partire dal 30 giugno 2015)</u>	
<u>CP consuntivo 2013</u>	
<u>CP consuntivo 2014 (a partire dal 31 maggio 2015)</u>	
<u>LA consuntivo 2013</u>	
<u>LA consuntivo 2014 (a partire dal 30 giugno 2015)</u>	

VALUTAZIONE: _____

Con riferimento alla qualità dei dati trasmessi al Sistema informativo, sono eseguite **cinque** serie di verifiche: la prima sulla coerenza dei dati del modello CE consuntivo 2014 rispetto al modello LA 2014, la seconda sulla coerenza dei dati del modello CE consuntivo 2014 rispetto al modello SP degli ultimi 2 anni, la terza sulla concordanza tra la somma dell'Attivo e del Passivo dello Stato Patrimoniale, la quarta sulla compilazione degli allegati dei modelli LA.

- 1) La verifica **CE – LA** è eseguita rispetto ai seguenti aggregati:
 - Consumi sanitari
 - Consumi non sanitari
 - Costi per acquisto di prestazioni sanitarie
 - Costi per acquisto di servizi sanitari per erogazione di prestazioni
 - Costi per acquisti di servizi non sanitari
 - Costo del Personale
 - Ammortamenti
 - Sopravvenienze / Insussistenze
 - Altri costi
 - Totale
 - Mobilità attiva e passiva interregionale
- 2) La verifica **CE – SP** è eseguita rispetto alle seguenti voci:
 - Utile o perdita dell'esercizio
 - Rimanenze.
- 3) La verifica interna al modello **SP** è eseguita rispetto alle seguenti voci:
 - Confronto tra Totale Attivo Stato Patrimoniale e Totale Passivo Stato Patrimoniale.
- 4) La verifica interna al modello **LA** è eseguita rispetto alle seguenti voci:
 - Controllo della compilazione degli allegati al modello LA e compilazione delle tabelle relative agli allegati 5 e 6.

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

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

Al termine del processo valutativo i risultati sono rapportati a 100.

<i>CODICE REGIONE</i>		<i>REGIONE</i>	
<i>CONTROLLO</i>		<i>AGGIORNAMENTO</i>	<i>RISULTATO</i>
<i>Coerenza CE-LA</i>			
<i>Coerenza CE-SP</i>			
<i>SP att-pass-netto*</i>			
<i>Allegati LA**</i>			

* I controlli sono stati eseguiti per singola aziende e sui modelli regionali 000 e riepilogativo 999

** La verifica interna è stata effettuata solo per il consolidato regionale 999

VALUTAZIONE: _____

C.2

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

Per ogni flusso informativo viene valutata la completezza dei dati ed espressa una valutazione complessiva.

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per tale valutazione.

Tab. 1 – Copertura dei dati

Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2
Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento
Mod. FLS 11- Dati di struttura e di organizzazione della unità sanitaria locale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	% ASL che hanno inviato il modello FLS11 (quadro F), rispetto al totale delle ASL della Regione	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento
FLS 12 - Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	% ASL che hanno inviato il modello FLS12 (quadri E, F), rispetto al totale delle ASL della Regione	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento
HSP11/12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (D.M.	2	% modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%

5.12.2006 e s.m.i.)				
HSP11/13 - Posti letto per disciplina delle case di cura private (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	% modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%
HSP.14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	0,5	% modelli HSP14 inviati rispetto alle strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e private accreditate che hanno segnalato la presenza di apparecchiature	< 75% o (75-99)% senza miglioramento	=100% o (75-99)% con miglioramento
FLS.21 - Attività di assistenza sanitaria di base (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	farmac. convenz.: % ASL che hanno inviato i dati del quadro G del modello FLS21 rispetto al totale delle ASL della Regione; per i dati dell'assist. domiciliare: % ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS21 rispetto al totale delle ASL della Reg. che hanno dichiarato l'attivazione del Servizio di ADI nel quadro F del modello FLS.11	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento
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)	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella Tabella 1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>=95%
RIA.11 - Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78 (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	1,5	% modelli RIA.11 per i quali sono valorizzati i dati del quadro H relativo ai dati di attività, rispetto al # Modelli RIA.11 per i quali il quadro F relativo ai dati di struttura contiene # posti letto > 0.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento
STS.14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere	0,5	% modelli STS14 inviati rispetto alle strutture in STS.11 che hanno segnalato la presenza di apparecchiature	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento
STS 21 - Assistenza specialistica territoriale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	1,5	% modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza specialistica territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento
STS 24 - Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza residenziale o semiresidenziale.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento
HSP 24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	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
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%
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%
Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2011 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista

Schema di valutazione finale completezza dei dati:

ADEMPIENTE	40 - 50
INADEMPIENTE	< 40

A prescindere dal punteggio la mancanza totale anche solo di un solo flusso informativo comporta una valutazione di inadempienza.

C.3

Per ogni flusso informativo viene valutata la qualità dei dati ed espressa una valutazione complessiva. Si riportano di seguito i criteri utilizzati per tale valutazione.

Tab. 2 – Qualità dei dati

Modelli	Criterio di valutazione	Peso	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2
CEDAP	Percentuale di schede parto che presentano dati validi per tutte le seguenti variabili: età della madre (calcolata in base alla data di nascita della madre ed alla data del parto); modalità del parto; presentazione del neonato; durata della gestazione.	3	< 75%	>= 75% e < 95%	>= 95%
FLS 11 - Dati di struttura e di organizzazione della unità sanitaria locale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	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.	2	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)
FLS 12 - Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	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.	2	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)
HSP11/12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	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.	2	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)
HSP11/13 - Posti letto per disciplina delle case di cura private (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	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.	2	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)
HSP14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	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.	0,5	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)

FLS 21 - Attività di assistenza sanitaria di base (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	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.	2	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)
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)	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.	1	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)
RIA 11 - Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78 (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	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.	1,5	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)
STS 14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliere è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità 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 extraospedaliere della Regione.	0,5	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)
STS 21 - Assistenza specialistica territoriale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	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	1,5	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2
STS 24 - Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	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.	2	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2

HSP 24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	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.	0,5	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30
DATI SDO	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate $x = 0,1 \cdot \frac{SDO_{comune_residenza_errato}}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO_{usl_residenza_errata}}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO_{data_ricovero_errata}}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO_{data_dimissione_errata}}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO_{diagnosi_principale_errata}}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO_{diagnosi_secondaria_errata}}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,05 \cdot \frac{SDO_{data_intervento_principale_errata}}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,2 \cdot \frac{SDO_{intervento_principale_errato}}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,1 \cdot \frac{SDO_{intervento_secondario_errato}}{totale_SDO} \cdot 100$	3	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%
Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) $x = 0,1 \cdot \frac{SDO_{con_livello_di_istruzione_valido}}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO_{con_data_prenotazione_valida}}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO_{con_classe_priorità_valida}}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0,3 \cdot \frac{SDO_{con_causa_esterna_valida}}{totale_SDO} \cdot 100$	0,5	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%
Screening oncologici	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	1	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti		Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti

Schema di valutazione finale qualità dei dati:

Qualità BUONA	40 - 50
Qualità SUFFICIENTE	26 - 39 e nessun flusso di peso > 1 insufficiente
Qualità NON SUFFICIENTE	< 25 o uno o più flussi di peso >1 insufficienti

Schema di valutazione finale completezza e qualità degli obblighi informativi C2 e C3:

				PUNTEGGI				
1		Obblighi informativi e Indicatori		0	1	2	Valutazione	Note
1	1	2	copertura dati NSIS	inadempiente Tab. 1		adempiente Tab. 1		
1	2		qualità delle informazioni NSIS	insufficiente Tab. 2	sufficiente Tab. 2	buona Tab. 2		
				PUNTEGGI				

1		Obblighi informativi e Indicatori		Peso	Risultato	Risultato*Peso	Note
1	1	2	copertura dati NSIS	2			
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2			

Criterio di valutazione finale	> = 6	ADEMPIENTE
	< 6	INADEMPIENTE

La documentazione di dettaglio dei criteri utilizzati per la valutazione della completezza e della qualità dei dati rilevati attraverso i modelli delle attività gestionali delle strutture sanitarie, ai fini degli adempimenti previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, è pubblicata nell'Access Portal del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, all'interno della sezione "Repertorio metadati – NSIS".

C.4

Nell'ottica di un percorso finalizzato alla verifica di coerenza tra fonti informative diverse, ai soli fini conoscitivi, si ritiene interessante verificare la coerenza rispetto al tema dell'introito da compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (in seguito ticket).

A questo fine si farà riferimento da un lato al flusso CE, dall'altro ai flussi EMUR ed Art. 50.

Le voci del Conto Economico che rilevano l'ammontare dei ricavi da Ticket per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di pronto soccorso sono le seguenti:

A.6.A)	Compartecipazione alla spesa per tariffe sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Si riferisce ai ticket per specialistica ambulatoriale, diagnostica strumentale, prestazioni di medicina sportiva, analisi di laboratorio effettuate nelle strutture direttamente gestite dall'azienda
A.6.B)	Compartecipazione alla spesa per tariffe sanitarie – Ticket sul Pronto Soccorso	
A.6.C)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) - Altro	Si riferisce ai ticket per l'accesso a prestazioni non ricomprese nelle voci precedenti

Le voci del Conto Economico fanno riferimento ai ticket relativi alle prestazioni ambulatoriali e di pronto soccorso erogate dalle strutture direttamente gestite dalle Aziende di una specifica Regione a qualsiasi cittadino.

Art. 50

Per le strutture direttamente gestite dalle Aziende di una specifica regione di erogazione, la voce “A.6.A) Compartecipazione alla spesa per tariffe sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale” del Conto Economico è confrontata con la somma di quanto rilevato come “Franchigia a carico dell’assistito” e “Quota a carico dell’assistito” da flusso Art. 50, per tutte le prestazioni erogate dalle stesse strutture direttamente gestite dalle Aziende della Regione di erogazione presa in esame.

RECORD DI DETTAGLIO - RICETTE PER PRESCRIZIONI SPECIALISTICHE ⁽¹⁾		
Elemento XML	Descrizione Funzionale	Norme di Codifica
FranchigiaCaricoAss	Franchigia a carico dell’assistito sul costo delle prestazioni	Valori ammessi: numerico compreso tra “0.00” e “99999.99”. (Campo necessario per il riscontro del valore attribuito dalla struttura).
QuotaCaricoAss	Quota percentuale a carico dell’assistito per il costo eccedente la franchigia	Valori ammessi: numerico compreso tra “0.00” e “99999.99”. (Campo obbligatorio nei casi in cui è prevista una quota di partecipazione dell’assistito superiore alla franchigia nazionale).

(1) DISCIPLINARE TECNICO ”Comma 5, articolo 50, del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i.”. Qualora la qualità e completezza di tali campi non risultino sufficienti, sarà possibile effettuare una quadratura con il campo “28 - Franchigia a carico dell’assistito calcolata da Sistema TS” del Comma 10 ter articolo 50, del decreto legge 30 settembre 2003.

Flusso EMUR ⁽²⁾

Per le strutture direttamente gestite dalle Aziende di una specifica regione di erogazione, la voce “A.6.B) Compartecipazione alla spesa per tariffe sanitarie – Ticket sul Pronto Soccorso” del Conto Economico dovrebbe coincidere con quanto rilevato come “Imp. Ticket” da flusso EMUR per tutte le prestazioni erogate dalle stesse strutture direttamente gestite dalle Aziende della regione di erogazione presa in esame.

Bisogna prestare particolare attenzione al fatto che, allo stato attuale, tale campo è facoltativo.

Nodo di Riferimento	Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio
IMPORTO	Imp. ticket	Indica la compartecipazione alla spesa da parte dell’assistito. Per coerenza il campo deve essere valorizzato solo se posizione assistito ticket =1	Facoltativo	Valori ammessi 0.01 – 999999.99

(2) SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI 118 E PRONTO SOCCORSO “Sistema informativo delle prestazioni erogate nell’ambito dell’assistenza sanitaria in emergenza-urgenza” Versione 5.2 del Marzo 2012

E) MANTENIMENTO EROGAZIONE DEI LEA

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

E.1

La griglia Lea consente, con una visione sintetica, di valutare nel complesso l’adempimento sul mantenimento dell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. La Regione dovrà compilare la tabella limitatamente all’indicatore n. 4 “Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare”.

N.	Livello di assistenza	Definizione	Formula	Note per l'elaborazione																				
1	Prevenzione	1.1 Rapporto tra numero di soggetti vaccinati con cicli completi (3 dosi) entro i 24 mesi di età, per: polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) valutati al compimento del 24° mese di età	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	<p>Vaccinazioni obbligatorie: difterite, tetano, polio, epatite B Vaccinazioni raccomandate: pertosse, Hib, MPR, influenza nell'anziano L'Anagrafe Vaccinale Informatizzata, prevista dal PNEMoRc, dal PNV 2005-2007 e dal PNP 2005-2007, consente il calcolo delle coperture vaccinali reali. In alternativa, laddove il sistema non sia ancora attivo e finto che non sia messo a regime: per il numeratore: Sistema di rilevazione delle coperture vaccinali, a livello locale, regionale e nazionale: i dati vengono inviati dalle Regioni all'Ufficio V della DG Prevenzione con periodicità annuale; per il denominatore: l'ISTAT fornisce la popolazione per sesso, età, Regione di residenza. Fattibilità. L'indicatore è calcolato sulla base di un flusso routinario di dati raccolti sistematicamente dall'Ufficio V della DG Prevenzione.</p>																				
		1.2 Rapporto tra numero di soggetti vaccinati con cicli completi (1 dose) entro i 24 mesi di età, per: MPR e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) valutati al compimento del 24° mese di età	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita																					
		1.3 Rapporto tra numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza e numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni residenti	Numeratore: numero di soggetti di età >= 65 anni vaccinati per influenza Denominatore: numero di soggetti di età >=65 anni residenti																					
2	Prevenzione	<p>Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cervice uterina - mammella - colon retto 	<p>- Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella / [donne residenti (50-69) / 2] - Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina / [donne residenti (25-64) / 3] - Persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto / [persone residenti (50-69) / 2] * 100</p>	<p>Per il numeratore: Sistema Informativo Screening. Per il denominatore: l'ISTAT fornisce la popolazione per sesso, età, regione di residenza. Nel denominatore dell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo quindi che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni). Lo score totale dell'indicatore 2 è calcolato sommando gli scores dei singoli programmi di screening a cui è attribuibile un punteggio che varia da 0 a 5.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SCORE</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>3</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Scr. Mam</td> <td>0% - 5%</td> <td>6% - 34%</td> <td>35% - 59%</td> <td>≥ 60%</td> </tr> <tr> <td>Scr. Cerv.</td> <td>0% - 5%</td> <td>6% - 24%</td> <td>25% - 49%</td> <td>≥ 50%</td> </tr> <tr> <td>Scr. Colo-rettale</td> <td>0% - 5%</td> <td>6% - 24%</td> <td>25% - 49%</td> <td>≥ 50%</td> </tr> </tbody> </table>	SCORE	0	1	3	5	Scr. Mam	0% - 5%	6% - 34%	35% - 59%	≥ 60%	Scr. Cerv.	0% - 5%	6% - 24%	25% - 49%	≥ 50%	Scr. Colo-rettale	0% - 5%	6% - 24%	25% - 49%	≥ 50%
SCORE	0	1	3	5																				
Scr. Mam	0% - 5%	6% - 34%	35% - 59%	≥ 60%																				
Scr. Cerv.	0% - 5%	6% - 24%	25% - 49%	≥ 50%																				
Scr. Colo-rettale	0% - 5%	6% - 24%	25% - 49%	≥ 50%																				
3	Prevenzione	Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	(Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro / Popolaz. residente)	<p>Fonte. SIS Modello LA voce 19999 (num) ISTAT(den) Validità del dato (-1): rispetto della tempistica dell'invio del modello LA completo di tutti i suoi allegati e di tutte le aziende (compresa la GSA "000") e del consolidato regionale (modello 999), entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.</p>																				

4	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	(N. aziende oggetto di ispezioni / N. aziende con almeno 1 dipendente + N. aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	Fonte: Sistema informativo nazionale per la prevenzione (SINP) nei luoghi di lavoro, istituito con D.lgs 9 aprile 2008 n. 81 e successive modifiche e integrazioni. E' in corso di pubblicazione il Decreto ministeriale che (come previsto dal D.lgs 81/2008) definisce le regole tecniche per la realizzazione ed il funzionamento del SINP, nonché le regole per il trattamento dei dati. Il numeratore è costruito sommando le voci: 2.5 A (n° az. oggetto di ispezione comp. edilizia) + 2.5 B (n° az. oggetto di ispezione sett. agricoltura) + 2.5 C (n° az. oggetto di ispezione altri comparti) + 6.2 D (N° az. oggetto di sopralluogo per l'espressione di pareri). Nel denominatore: non vanno conteggiate le imprese agricole non a carattere industriale. L'indicatore misura il raggiungimento del valore soglia di copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di intervento ispettivo in un anno, valore già individuato con D.P.C.M. 17 dicembre 2007 "Esecuzione accordo 1 agosto 2007, recante "Patto per la tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro".
5	Prevenzione veterinaria e alimentare	5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	(Allevamenti controllati nell'anno di riferimento/allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento) x 100	Piano nazionale per la eradicazione della tubercolosi nei bovini Fonte: "SISTEMA RENDICONTAZIONE"; Base legale: Dec 2008/940/CE e Dec 2003/886/CE Verrà conteggiata la percentuale degli allevamenti controllati rispetto a quelli soggetti al controllo, che sono individuati in relazione allo stato sanitario del territorio. Il punteggio è correlato all'ulteriore condizione: mantenimento della qualifica di Ufficialmente indenne e/o, prevalenza delle aziende infette e relativo trend (la prevalenza è la percentuale delle aziende infette sul totale delle aziende. Per il calcolo della prevalenza si considera l'azienda come unità epidemiologica)
		5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie	(Allevamenti controllati nell'anno di riferimento/allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento) x 100	Piano nazionale per la eradicazione della brucellosi negli animali Fonte: "SISTEMA RENDICONTAZIONE"; sistema SANAN. Base legale: Dec 2008/940/CE e Dec 2003/886/CE; OM 14/12/2006 e seguenti. Per la brucellosi considerare, per ciascuna specie (bovini, bufalini e ovicaprini), la percentuale degli allevamenti controllati sul totale di quelli soggetti a controllo, che sono individuati in relazione allo stato sanitario del territorio. Il punteggio è correlato all'ulteriore condizione: - mantenimento della qualifica di Ufficialmente indenne e/o, prevalenza delle aziende infette e relativo trend (la prevalenza è la percentuale delle aziende infette sul totale delle aziende. Per il calcolo della prevalenza si considera l'azienda come unità epidemiologica) Per le Regioni destinatarie delle specifiche disposizioni previste dall' OM 14/12/2006 e seguenti, il punteggio è correlato alle seguenti ulteriori condizioni, da valutare attraverso il sistema informativo SANAN: - rispetto dell'80% dei tempi di ricontrollo - rispetto dell'80% dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio - prevalenza con trend in diminuzione per tutte le specie Il linea generale i criteri di valutazione sono stati definiti con i seguenti obiettivi: - attribuire il punteggio massimo alle Regioni che garantiscono lo status sanitario ottimale - attribuire un punteggio inferiore alle Regioni che mostrano un trend di infezione in peggioramento - valutare le Regioni che hanno avuto maggiori difficoltà nell'attuazione del Piano di eradicazione, contestualmente al grado di utilizzo degli strumenti ad hoc, che il Paese ha adottato, per il superamento di tali difficoltà
		5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	(aziende controllate nell'anno di riferimento/aziende soggette a controllo per l'anno di riferimento) x 100	Controllo identificazione degli animali per finalità sanitarie. Fonte: BDN La percentuale dei controlli da eseguire annualmente è stabilita dai Regolamenti comunitari vigenti. Per l'anno 2012 la soglia prevista dal Reg 1505/06 è fissata al 3%.

6	Prevenzione veterinaria e alimentare	<p>6.1 CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI - Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui</p>	<p>(Numero campioni analizzati / numero campioni programmati dal PNR) X 100</p>	<p>Ricerca di residui e contaminanti negli alimenti di origine animale. Fonte: NSIS L'indicatore misura il grado di realizzazione del Piano nazionale residui (PNR), programma nazionale di sorveglianza e di monitoraggio della presenza, negli alimenti di origine animale, di residui di sostanze chimiche che potrebbero essere dannose per la salute pubblica, applicato ai sensi del D.Lgs 158/2006, che recepisce le Direttive comunitarie 96/22/CE e 96/23/CE e s.m.i. Il Piano, oltre alla valenza in termini di prevenzione per la salute umana, è uno strumento dissuasivo nei confronti dell'impiego di trattamenti illeciti sugli animali da produzione alimentare. Per il denominatore: Il numero dei campionamenti programmati per Regione dal PNR, predisposto annualmente dal Ministero e diramato alle Regioni Per il numeratore: il numero dei campioni analizzati, verificato attraverso i dati forniti al Ministero dalle Regioni con il Sistema informativo NSIS-PNR</p>
		<p>6.2 CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE 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) sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95</p>	<p>$X = [(\text{numero di ispezioni negli esercizi di somministrazione} / \text{numero di unità totale}) * 100] + [(\text{Numero campioni analizzati} / \text{numero campioni programmati}) * 100]$</p>	<p>Controllo sanitario su alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione. Fonte: modello A del DM 8/10/1998 L'indicatore misura il grado di applicazione da parte delle regioni delle attività di controllo analitico (chimico e microbiologico) nelle fasi della commercializzazione o somministrazione (ristorazione pubblica e ristorazione collettiva) degli alimenti pronti al consumo. Ciò consente, in un'ottica di controllo integrato di filiera "dal campo alla tavola", il monitoraggio dell'ultima fase della catena di produzione, in cui è ancora possibile prevenire i rischi prima dell'assunzione degli alimenti. Per il denominatore: il numero di unità totale necessario per determinare la percentuale di ispezioni a esercizi di somministrazione è indicato dalla Regione in risposta alla punto AAJ 1.1 del Q13 o, in mancanza, desunto dal Cod. 7 e 8 del Modello A del DM 8/10/98 relativi ai Servizi di Igiene Nutrizione Alimenti e i Servizi veterinari, ed il numero minimo di campioni è quello raccomandato dal DPR 14 luglio 1995 che detta criteri uniformi per l'elaborazione dei programmi di controllo ufficiale degli alimenti e bevande. Per il numeratore: il numero di ispezioni negli esercizi di somministrazione ed il numero di campioni analizzati, comunicati al Ministero della salute con il Modello A, sino al termine delle attività del gruppo di lavoro congiunto Ministero-Servizi regionali per l'aggiornamento dei parametri di riferimento, restano validi quelli fissati dai citati artt. 5 e 6; per le ispezioni, tra le frequenze minime raccomandate dalla tabella 3 del DPR, si considera quella più bassa (una volta ogni 12 mesi).</p>
		<p>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</p>	<p>(Numero campioni analizzati / numero campioni programmati) X 100</p>	<p>Ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Fonte: NSIS (Nuovo Sistema Alimenti – Flusso Residui Prodotti Fitosanitari). L'indicatore misura il grado di realizzazione dei controlli previsti nella tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992. Il numeratore consiste nei campioni analizzati a tal fine per ciascuna categoria di alimenti. Il denominatore consiste nella quantità dei campioni previsti per ciascuna categoria di alimenti per la specifica Regione. NB. Sono esclusi dal conteggio i campioni analizzati con metodiche inidonee e/o da laboratori ufficiali non accreditati</p>

7	Distrettuale	Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO	L'indicatore complessivo è dato dalla somma ponderata dei tassi specifici per patologia (grezzi o standardizzati). Per ciascuna patologia deve essere separatamente calcolato il tasso di ospedalizzazione, grezzo o standardizzato a seconda delle specifiche riportate. L'indicatore complessivo viene calcolato considerando il peso della fascia di età di ciascuna patologia nella popolazione nazionale; tali pesi sono quindi calcolati come il rapporto tra le popolazioni della fascia d'età considerata per il T.O. di una singola patologia rispetto alla popolazione nazionale per l'anno di riferimento.	Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti. Fonte: SDO L'indicatore viene calcolato considerando tutte le dimissioni ordinarie acute effettuate presso le strutture pubbliche e private da parte delle popolazioni residenti a prescindere dal luogo di effettuazione del ricovero, escludendo la mobilità passiva. Si considerano le diagnosi principali Fonte: Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento Validità del dato (-1): Con riferimento all'adempimento C "Obblighi informativi" (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "adempiente" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti è assegnato il punteggio -1.
8	Distrettuale anziani	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	(Numero di anziani trattati in ADI / Popolazione anziana residente) *100	Fonte: NSIS – DM 17 dicembre 2008 -Flusso Assistenza Domiciliare (SIAD) - Anno 2013 Si considerano gli assistiti con prese in carico già aperte al 1 gennaio 2013 o aperte nel corso dello stesso anno, per le quali sia stato inviato almeno un accesso. Sono, inoltre, escluse dal calcolo le prese in carico con CIA 0. Per la definizione delle soglie è stato calcolato il valore mediano ed il 30° percentile della distribuzione 2012 escludendo le regioni con copertura temporale e territoriale < 100% nonché le regioni non sottoposte a verifica LEA
9	Distrettuale anziani	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	(Somatoria delle giornate di assistenza dell'anno di riferimento/365) /popolazione anziana residente *1000	Fonte: NSIS – DM 17 dicembre 2008 -Flusso Assistenza semiresidenziale e residenziale (FAR) - Anno 2013 Per ogni ammissione attiva sono calcolati i giorni di assistenza nell'anno 2013 /365. Quindi si è rapportata la sommatoria di questi valori sulla popolazione > 65 *1000. Per la definizione delle soglie è stato calcolato il valore mediano ed il 30° percentile della distribuzione 2012 escludendo le regioni con copertura temporale e territoriale < 100% nonché le regioni non sottoposte a verifica LEA
		9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	(Posti nelle strutture residenziali per anziani/ Popolazione anziana residente) * 1.000	Anziani: 65 anni e più Fonti: ISTAT – popolazione 65+ residente al 1° gennaio anno riferimento; SIS Modello STS.24 quadro G (Posti delle strutture per attività residenziale, anziani) Validità del dato (-1): Con riferimento all'adempimento C "Obblighi informativi" (flusso informativo STS.24), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "adempiente" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti è assegnato il punteggio -1.

10	Distrettuale disabili	10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	(Giornate di assistenza per attività residenziale rilevate con il modello RIA.11 quadro H / 365 + Giornate di assistenza per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS.24 quadro G / 365) / Popolazione residente * 1.000	Fonti: ISTAT – popolazione residente al 1° gennaio anno riferimento; SIS Modello RIA.11 quadro H (Giornate di assistenza per attività residenziale); SIS Modello STS.24 Quadro G (Giornate di assistenza per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici). Validità del dato (-1): Con riferimento all’adempimento C “Obblighi informativi” (flussi informativi RIA.11 e STS.24), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.
		10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	(Giornate di assistenza per attività semiresidenziale rilevate con il modello RIA.11 quadro H / 365 + Numero di giornate per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS.24 quadro F / 365) / Popolazione residente * 1.000	Fonti: ISTAT – popolazione residente al 1° gennaio anno riferimento; SIS Modello RIA.11 quadro H (Giornate di assistenza per attività semiresidenziale); SIS Modello STS.24 Quadro F (Giornate per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici) Validità del dato (-1): Con riferimento all’adempimento C “Obblighi informativi” (flussi informativi RIA.11 e STS.24), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.
		10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	(Posti per assistenza residenziale rilevati con il modello RIA.11 quadro F + Posti per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevati con il modello STS.24 quadro G) / Popolazione residente * 1.000	Fonti: ISTAT – popolazione residente al 1° gennaio anno riferimento; SIS Modello RIA.11 quadro F (Posti delle strutture per attività residenziale per disabili); SIS Modello STS.24 Quadro G (posti per attività di assistenza residenziale ai disabili psichici e ai disabili fisici) Validità del dato (-1): Con riferimento all’adempimento C “Obblighi informativi” (flussi informativi RIA.11 e STS.24), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.
		10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	(Posti per assistenza semiresidenziale rilevati con il modello RIA.11 quadro F + Posti per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevati con il modello STS.24 quadro F) / Popolazione residente * 1.000	Fonti: ISTAT – popolazione residente al 1° gennaio anno riferimento; SIS Modello RIA.11 quadro F (Posti delle strutture per attività semi-residenziale per disabili); SIS Modello STS.24 Quadro F (posti per attività di assistenza semiresidenziale ai disabili psichici e ai disabili fisici) Validità del dato (-1): Con riferimento all’adempimento C “Obblighi informativi” (flussi informativi RIA.11 e STS.24), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.
11	Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	(Posti letto in hospice / Media deceduti per tumore) * 100	Fonti NSIS dall’anno 2013: Modello STS.24 quadro G – attività residenziale assistenza ai malati terminali ISTAT – mortalità per cause di tumore, ultimo triennio disponibile. Validità del dato (-1): Con riferimento all’adempimento C “Obblighi informativi” (flusso informativo STS.24), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.

12	Distrettuale farmaceutica	Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	(Consumi del PHT, espressi in DDD, in distribuzione diretta e per conto/ consumi del PHT, espressi in DDD, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata) * 100	<p>Fonti: NSIS - DM 31 luglio 2007 - Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto – Tracciato Fase 3; AIFA - Farmaceutica convenzionata.</p> <p>I farmaci del PHT rappresentano i farmaci della cosiddetta continuità assistenziale ospedale/territorio.</p> <p>Validità del dato: i dati della distribuzione diretta sono considerati mancanti (punteggio di valutazione pari a -1) se, con riferimento al punto AAL2 del questionario adempimenti LEA 2013, la regione non riceve la valutazione di “adempiente”. I dati della distribuzione diretta sono considerati come palesemente errati se in uno o più mesi il valore delle DDD è superiore di oltre il 60% rispetto al valore medio regionale del periodo osservato.</p>
13	Distrettuale	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	(Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica effettuate / Popolazione residente) * 100	Codice prestazione: 88.91.1 - 88.91.8; 88.92 - 88.92.9; 88.93 - 88.93.1; 88.94.1- 88.94.3; 88.95.1 – 88.95.6. Fonte: NSIS - Flusso di specialistica ambulatoriale Art 50 (Legge 326/2003)
14	Distrettuale salute mentale	Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	Rapporto, per 1000 abitanti residenti, tra il numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale (DSM) nel periodo di riferimento e la popolazione residente nel periodo di riferimento.	<p>Fonte: NSIS – DM 15 ottobre 2010 -Flusso Salute Mentale (SISM)- Anno 2013</p> <p>Per assistito si intende qualunque soggetto che abbia avuto almeno un contatto a cui viene aperta una scheda paziente. Il calcolo è da effettuare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • su tutti i servizi del DSM servizi per adulti; • la popolazione target deve comprendere i > 18 anni; • al numeratore devo essere considerati i soli soggetti residenti. <p>Per la definizione delle soglie è stato calcolato il valore mediano ed il 30° percentile della distribuzione 2012 escludendo le regioni con copertura temporale e territoriale < 100% nonché le regioni non sottoposte a verifica LEA</p>
15	Ospedaliera	15.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti	(Numero dimissioni/Popolazione residente) * 1.000	<p>Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza in modalità ordinaria e diurna per le discipline di acuti, riabilitazione e lungodegenza. Fonte SDO</p> <p>Per la modalità diurna considerare come ricovero unitario l'intero ciclo di trattamento del paziente nella medesima struttura e non i singoli accessi nell'arco di un anno. Sono esclusi i neonati sani.</p> <p>Il trasferimento di un paziente da un'unità operativa all'altra dello stesso istituto non comporta la compilazione di una nuova scheda di dimissione. Fanno eccezione i casi di passaggio da ricovero ordinario a ricovero diurno o viceversa e i passaggi da ricovero per acuti o riabilitazione o lungodegenza e viceversa. La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al censimento 2001.</p> <p>Fonte: Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento</p> <p>Validità del dato (-1): Con riferimento all'adempimento C “Obblighi informativi” (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.</p>
		15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	(Numero di dimissioni diurne di tipo diagnostico / Popolazione residente) * 1.000	<p>Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza in modalità diurna per le discipline per acuti. Fonte SDO</p> <p>Fonte: Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento</p> <p>Validità del dato (-1): Con riferimento all'adempimento C “Obblighi informativi” (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.</p>
		15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	(N accessi diurni di tipo medico / Popolazione residente) * 1.000	<p>Giornate di degenza nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti in modalità diurna per le discipline per acuti. La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al censimento 2001.</p> <p>Fonte SDO</p> <p>Validità del dato (-1): Con riferimento all'adempimento C “Obblighi informativi” (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.</p>

16	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	(N dimissioni con DRG chirurgico / numero complessivo di dimessi) * 100	Numero delle dimissioni con DRG chirurgico in modalità ordinaria. Attività erogata dalla Regione per residenti e non residenti. Acuti. Fonte: SDO Validità del dato (-1): Con riferimento all'adempimento C "Obblighi informativi" (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "adempiente" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti è assegnato il punteggio -1.
17	Ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	(N. dimissioni in degenza ordinaria con DRG "inappropriato" / N. dimissioni in degenza ordinaria con DRG non "inappropriato")	L' indicatore è calcolato come rapporto tra le dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B (cfr. art 6, c.5) e le dimissioni non attribuite ai suddetti DRG ad alto rischio di inappropriatazza. Sono stati considerati i criteri di inclusione/esclusione per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza ordinaria (rif. Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, Allegato B art. 6, c. 5). Attività erogata dalla Regione per residenti e non residenti in regime ordinario. Fonte SDO Validità del dato (-1): Con riferimento all'adempimento C "Obblighi informativi" (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "adempiente" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti è assegnato il punteggio -1.
18	Ospedaliera	Percentuale parti cesarei primari	(Dimissioni con parto cesareo primario/Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo) * 100	Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti (escluse le donne non residenti in Italia). Parti cesarei DRG 370;371 - Totale parti DRG 370;371;372;373;374;375. Sono escluse le donne con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto. Sono da escludere le dimissioni con diagnosi di nato morto Fonte: SDO Validità del dato (-1): Con riferimento all'adempimento C "Obblighi informativi" (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "adempiente" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti è assegnato il punteggio -1.
19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	(Dimissioni con diagnosi principale di frattura del femore con degenza preoperatoria compresa fra 0 e 2 giorni (inclusi gli estremi))/ (numero dimissioni con diagnosi principale di frattura del femore)	Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per rottura del femore. Sono da escludere i trasferiti, i politraumatizzati, i ricoveri preceduti da ricovero con diagnosi di frattura del collo del femore nei 2 anni precedenti, i ricoveri preceduti da ricovero con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno nel ricovero in esame o nei 2 anni precedenti, i decessi e le dimissioni volontarie. Fonte: SDO Validità del dato (-1): Con riferimento all'adempimento C "Obblighi informativi" (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "adempiente" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti è assegnato il punteggio -1.
21	Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno.	Decreto 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza". Contenuti informativi rilevati ai fini dell'indicatore: Data/Ora Inizio Chiamata, Data/Ora Arrivo Mezzo, Mezzo di Soccorso, Codice Intervento, Criticità Presunta, Numero missione, Esito missione, Codice tipologia mezzo di soccorso. Ai fini del calcolo dell'indicatore, considerare i tempi compresi tra 1 minuto e 180 minuti. Applicare i seguenti criteri: - Per Criticità Presunta: considerare i codici di criticità presunta Rosso e Giallo; - Selezionare come primo tempo dell'intervallo quello associato al primo mezzo di soccorso arrivato sul posto.

La tabella seguente riporta, per ogni indicatore, le relative soglie e i punteggi di valutazione.

N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Punteggi di valutazione				
				Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0	Validità del dato -1
1	Prevenzione	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1	tutte \geq 95%	tutte \geq 93%	una < 93%	più di 1 < 93%	
		1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	0,2	\geq 95%	92% - 95%	< 92% e in aumento	< 92% e non in aumento	
		1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (\geq 65 anni)	0,2	\geq 75%	64% - 75%	< 64% e in aumento	< 64% e non in aumento	
2	Prevenzione	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	0,6	score \geq 9	score 7 - 8	score 5 - 6	score 0 - 4	
3	Prevenzione	Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	1	\geq 85	80 - 85	< 80 e in aumento	< 80 e non in aumento	invio entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento
4	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	0,5	\geq 5,0%	2,5% - 5,0%	< 2,5% e in aumento	< 2,5% e non in aumento	

5	Prevenzione	5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	0,4	Controlli effettuati $\geq 99,9\%$ e conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende $< 0,1\%$	Controlli effettuati $\leq 99,9\%$ e $\geq 98\%$ 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 $\geq 96\%$ (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure controlli $\geq 98\%$ e $< 99,9\%$ dei controllati e prevalenza in aumento.	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli $< 98\%$ o con prevalenza nella aziende $> 0,1\%$. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli $< 96\%$	
		5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie	0,4	Controlli effettuati $\geq 99,8\%$ per ciascuna delle 3 specie e, per ciascuna specie, conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o, per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende $< 0,2\%$ con trend in diminuzione	Controlli effettuati $< 99,8\%$ e $\geq 98\%$ 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 $\geq 99,8\%$ ma prevalenza $>$ di $0,2\%$ o in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> $\geq 99,8\%$ 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 $\geq 96\%$ anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure $\geq 98\%$ dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati $\geq 98\%$ e $< 99,8\%$ dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli $< 98\%$ o con prevalenza delle aziende $> 0,2\%$, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli $< 96\%$. <u>Regioni dell'OM</u> $< 98\%$ anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN)	
		5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	0,1	$\geq 99,7\%$	98% - 99,6%	95% - 97,9%	$< 95\%$	

6	Prevenzione	6.1 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati	0,3	$\geq 98\%$	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%		
		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	0,1	≥ 160	<160 e ≥ 120	<120 e ≥ 50	< 50		
		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	0,2	$\geq 90\%$ 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		
7	Distrettuale	Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO. (Indice pesato per fasce d'età)	1,11	≤ 530	530 - 560	> 560 e in diminuzione	> 560 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione	
8	Distrettuale domiciliare anziani	Percentuali di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	2,22	$\geq 1,8$	$\geq 1,1$ e < 1,8	< 1,1 e in aumento	< 1,1 e non in aumento	copertura totale Asl	
9	Distrettuale residenziale anziani	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	1,11	$\geq 6,6$	$\geq 4,4$ e < 6,6	< 4,4 e in aumento	< 4,4 e non in aumento	copertura totale ASL	
		9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	0,28	≥ 10	6 - 9,9	< 6 e in aumento	< 6 e non in aumento	vedi note per l'elaborazione	

10	Distrettuale disabili	10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,56	$\geq 0,43$	0,34 - 0,42	< 0,34 e in aumento	< 0,34 e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
		10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,33	$\geq 0,18$	0,14 - 0,17	< 0,14 e in aumento	< 0,14 e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
		10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,11	$\geq 0,55$	0,44 - 0,54	< 0,44 e in aumento	< 0,44 e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
		10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,11	$\geq 0,39$	0,31 - 0,38	< 0,31 e in aumento	< 0,31 e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
11	Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	1,39	> 1	$\geq 0,5$ e in aumento	$\geq 0,5$ e non in aumento	< 0,5	vedi note per l'elaborazione
12	Distrettuale farmaceutica	Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	1	> 90,00%	70,00% - 90,00%	50,00% - 69,99%	< 50%	Dati mancanti
13	Distrettuale specialistica	Num. prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	0,56	5,1 - 7,5 estremi inclusi	3 - 5,1 o 7,5 - 9	< 3 e in aumento o > 9 e non in aumento	< 3 e non in aumento o > 9 e in aumento	copertura totale ASL/AO
14	Distrettuale salute mentale	Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	1,11	$\geq 10,2$	>=6,3 e < 10,2	< 6,3 e in aumento	< 6,3 e non in aumento	copertura totale Asl
15	Ospedaliera	15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti	1,5	≤ 160	160 - 170	> 170 e non in aumento	> 170 e in aumento	vedi note per l'elaborazione
		15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	1	≤ 7	7 - 13	> 13 e in diminuzione	> 13 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
		15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	0,5	≤ 90	90 - 117	> 117 e in diminuzione	> 117 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
16	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	1,5	$\geq 42\%$	35% - 42%	< 35% e in aumento	< 35% e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
17	Ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	2,5	$\leq 0,29$	0,29 - 0,39	> 0,39 e in diminuzione	> 0,39 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
18	Ospedaliera	Percentuale parti cesarei primari	1	$\leq 18\%$	18% - 23%	> 23% e in diminuzione	> 23% e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	1	$\geq 55\%$	30% - 55%	< 30% e in aumento	< 30% e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
21	Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	1,11	≤ 18	19 - 21	22 - 25	≥ 26	copertura totale centrali 118

Valutazione	Intervallo
Adempiente	> 160
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	>130 - 160
Critica	< 130

F) ASSISTENZA OSPEDALIERA

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

F.1.1

Le informazioni relative alla dotazione di posti letto della Regione sono compilate a cura del Ministero della Salute facendo riferimento ai posti letto anagrafici dei modelli NSIS HSP12 e HSP13 relativi agli anni 2013, 2014 e 2015.

Ad esempio per l'ultimo anno presente nelle tabelle (2014) sono presi in considerazione i dati relativi ai posti letto dei reparti censiti con il modello HSP12 relativo all'anno 2015, per i quali risulta una data di apertura non successiva a gennaio 2015, ed i posti letto delle discipline accreditate censite con il modello HSP13 (Quadro E) relativo all'anno 2015, per le quali risulta una data di inizio accreditamento non successiva a gennaio 2015.

Per quanto riguarda la distinzione tra posti letto per acuti (degenza ordinaria, day hospital e day surgery), di riabilitazione (degenza ordinaria, day hospital) e di lungodegenza post acuzie (degenza ordinaria) si fa presente che:

- per posti letto di lungodegenza si intendono quelli afferenti alla disciplina 60 "Lungodegenti";
- per posti letto di riabilitazione si intendono quelli afferenti alle discipline 28 "Unità spinale", 56 "Recupero e riabilitazione funzionale" e 75 "Neuro-riabilitazione";
- per posti letto acuti si intendono tutti i posti letto ad esclusione di quelli di lungodegenza, di riabilitazione e di quelli della disciplina 31 "Nido".

I posti letto ordinari sono calcolati come somma dei posti letto di degenza ordinaria e dei posti letto di degenza ordinaria a pagamento.

Si segnala che, in conformità con le indicazioni dell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 concernente "I requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore", dall'anno 2013 il codice disciplina 99 identifica le "Cure palliative" in regime diurno. Negli anni precedenti invece tale codice disciplina identificava le "Cure palliative/hospice" e consentiva di classificare anche i posti letto ordinari degli hospice localizzati all'interno delle strutture ospedaliere.

F.1.2

I provvedimenti adottati dalle Regioni, ai sensi della Legge 135/2012 devono prevedere la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, 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. Per il calcolo della mobilità si terrà conto di quanto stabilito nell'Intesa sullo schema di Regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera sancita il 5 agosto 2014.

Per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie, il limite minimo è fissato a 0,35 p.l. per 1000 ab.

F.2.1

L'adempimento si considera superato se la Regione presenta un Tasso di Ospedalizzazione pari a 160 per 1000 abitanti, comprensivo della modalità diurna, acuzie e post acuzie. Sarà valutata la componente diurna, rispetto al tasso complessivo, compresa nell'intervallo 20% - 25%.

G) APPROPRIATEZZA

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

L'art. 6 del Patto per la salute 2010-2012 prevede l'integrazione della lista dei 43 DRG di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati all'Intesa. Le Regioni e le P.A. assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale.

Si tratta di due adempimenti che possono essere valutati separatamente (da RO a DH relativamente ai DRG dell'All. B e da DS ad ambulatoriale relativamente alle prestazioni dell'Allegato A) come effettuato dal Comitato LEA negli ultimi anni, oppure congiuntamente.

Per valutare l'attuazione delle disposizioni contenute nel DPCM LeA e nel Patto per la salute 2010-2012 si procederà come segue.

Si assume che la domanda delle prestazioni indicate negli allegati sia omogenea sul territorio nazionale, fatta salva la distribuzione per età, sia con riguardo ai volumi sia con riguardo alle condizioni cliniche degli assistiti che rendono appropriato uno specifico regime di erogazione (severità della patologia, compromissione delle condizioni generali, presenza di comorbidità, ecc.). Ne discende che il tasso atteso delle prestazioni erogate nei diversi regimi (RO, DH, DS, Amb.) per 1.000 abitanti sia relativamente omogeneo.

Una efficace politica di trasferimento delle prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale comporta una riduzione del tasso dei ricoveri (RO + DH) per 1.000 abitanti. Il tasso dei ricoveri (RO + DH) può rappresentare, quindi, un indicatore utile a valutare l'effettivo trasferimento delle prestazioni (in particolare delle prestazioni incluse nell'Allegato A del Patto) dal regime ospedaliero al regime ambulatoriale: un tasso di ricoveri significativamente inferiore a un parametro di riferimento (mediana, doppio della mediana, III quartile) indica che la politica di trasferimento ha prodotto risultati soddisfacenti e, nel caso in cui le valutazioni degli adempimenti fossero effettuate separatamente, consentirebbe di attribuire un giudizio di "adempienza" su questo aspetto alla Regione valutata.

Una efficace politica di trasferimento delle prestazioni dal regime di ricovero ordinario al regime di ricovero diurno comporta una riduzione della percentuale di RO e un aumento della percentuale dei ricoveri di DH/DS sul totale dei ricoveri, qualunque sia il valore numerico assoluto del totale dei ricoveri. Si assume, infatti, che anche i casi "ricoverati" (qualunque sia il loro numero assoluto) si distribuiscano tra RO e DH in funzione del loro livello di gravità.

Per valutare meglio questo aspetto può essere utile una valutazione congiunta delle due dimensioni: nelle Regioni in cui il tasso di ospedalizzazione per ciascun DRG è più basso (perché la maggior parte dei casi sono stati trasferiti in ambulatorio) ci si può aspettare che la casistica sia caratterizzata da un maggiore livello di gravità che giustificherebbe una distribuzione tra RO e DH più sbilanciata verso il RO; viceversa, nelle Regioni che presentano un più alto tasso di ospedalizzazione (perché hanno trasferito in ambulatorio un minor numero di casi) ci si può attendere una distribuzione più sbilanciata verso il DH.

Non sembrerebbero giustificati, dunque, sotto il profilo dell'appropriatezza, situazioni regionali in cui siano associati alti tassi di ospedalizzazione e alta percentuale di RO sul totale dei ricoveri.

Per verificare il ragionamento sopra descritto è stata utilizzata la seguente metodologia:

- 1) Per ognuno dei 108 DRG ⁽¹⁾ ad alto rischio di inappropriatezza, sono calcolati per Regione:
 - **Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab)⁽²⁾**: calcolato complessivamente per ricoveri ordinari e diurni per Regione di residenza.
 - **Percentuale di ricoveri ordinari**: calcolato sul totale dei ricoveri dei soggetti residenti dimessi entro Regione. La percentuale di ricoveri ordinari per ciascun DRG a rischio inappropriatezza è stata calcolata considerando i ricoveri in RO > di 1 giorno.
- 2) Per il Tasso e la Percentuale sono calcolati la **mediana** ed il **terzo quartile** per ognuno dei 108 DRG sulla base della distribuzione regionale.

3) Secondo i criteri dati le Regioni si localizzano:

- nell'area verde 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
- nell'area rossa 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
- nell'area gialla 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.

Le soglie di valutazione sono stabilite sulla base della percentuale di DRG critici (area rossa) sul totale dei 108 DRG per ogni Regione.

A ciascuno dei 108 DRG è attribuito un peso sulla base della distribuzione nazionale dei ricoveri.

Sono 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.

⁽¹⁾ Sono stati considerati i criteri di inclusione/esclusione per ognuno dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria (rif. Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, Allegato B art. 6, c. 5).

⁽²⁾ Sono state considerate le dimissioni per acuzie, riabilitazione e lungodegenza.

H) LISTE D'ATTESA

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2013. Si riconfermano i criteri adottati per la valutazione dell'anno 2013 applicandoli in maniera più estesa su alcuni monitoraggi.

H.1 Monitoraggio ex post

Si procederà all'esame dei dati forniti dal competente Ufficio del Ministero.

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, 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 rispetto al valore dei seguenti indicatori, calcolati dopo revisione dell'accuratezza del tracciato record:
 - 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 è $\geq 50\%$.

Ai soli fini informativi si chiede la compilazione del file Excel relativo alla rilevazione in modalità ex post delle prestazioni erogate e loro % di garanzia in relazione alla classe di priorità.

H.2 Monitoraggio ex ante

Si procederà all'esame dei dati pervenuti al Ministero della salute (Ufficio III DG Programmazione sanitaria) individuando quali soglie di garanzia $\geq 90\%$ sia per la classe B che per la classe D.

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).

Nel caso non sia raggiunta la predetta soglia di garanzia ai fini dell'adempienza si terrà conto del trend di miglioramento nella trasmissione e qualità dei dati della Regione nel triennio 2012-2014 sia per la classe B che per la classe D.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Si procederà all'esame dei dati forniti dal competente Ufficio del Ministero.

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 ha come soglia di accettabilità il 90%.

Ai soli fini informativi, oltre la valorizzazione dei seguenti campi nel flusso informativo SDO, ai sensi del DM 8/07/2010

- Data di prenotazione,
- Classe di priorità

con soglia prevista del 90%, saranno acquisiti direttamente dal competente Ufficio VI della DG Programmazione sanitaria i dati degli interventi relativi a:

- tumore della mammella
 - interventi chirurgici per tumore alla mammella (intervento principale o secondario 85.4x con diagnosi principale o secondaria 174.x)
- tumore del colon retto
 - interventi chirurgici per tumore al colon retto (intervento principale o secondario 45.7x, 45.8, 48.5, 48.6x con diagnosi principale o secondaria 153.x e 154.x)

H.4 Monitoraggio delle sospensioni.

Si procederà all'esame dei dati forniti dal competente Ufficio del Ministero.

Viene richiesto l'effettivo monitoraggio da parte della Regione sugli interventi messi in atto dalle strutture sanitarie per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni e se la Regione sia venuta a conoscenza dell'eventuale sospensione dell'attività di prenotazione e quali interventi abbia intrapreso.

H.5 Monitoraggio PDT complessi.

Permangono gli stessi criteri in base alle Linee guida per il monitoraggio dei Percorsi Diagnostico Terapeutici complessi, giugno 2011 - Metodologia aggiornata al giugno 2013 che prevedono sostituzione/inserimento/modifica di PDT in base alle indicazioni del gruppo di lavoro Agenas - Regioni – Ministero.

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

Sarà richiesta la compilazione della tabella del questionario attestante la verifica della presenza, sui siti web delle Aziende erogatrici pubbliche (ASL, AO, AOU, IRCCS, Policlinici Universitari), della sezione "Liste attesa/tempi attesa".

L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

L.1.1

Il Ministero attraverso AIFA predispone la "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica e dei tetti stabiliti dalla L. 135/2012".

Ai fini della valutazione dell'adempimento si rinvia a quanto riportato nel Documento adempimenti 2014 – Ministero dell'economia e delle finanze.

N) CONTABILITA' ANALITICA

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

Per l'anno 2014, diversamente dagli anni precedenti, con riferimento all'articolo 3, comma 7, dell'Intesa del 23.3.2005, sono previste una serie di domande relative allo stato di implementazione

della contabilità analitica per centri di costo e responsabilità da parte delle aziende sanitarie (ASL, AO, AOU pubbliche, IRCCS pubblici) delle singole Regioni.

Ciò nel presupposto che, allo stato attuale, in un contesto di attuazione delle norme sul federalismo fiscale, appare necessario implementare i sistemi contabili, al fine di effettuare analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda sanitaria regionale.

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;
- per ciascun obiettivo A.1, A.2, indicato nelle colonne di cui alla tabella “Verifica e monitoraggio stato d’implementazione Co. An.” per l’anno 2014 non verrà assegnato alcun peso, presupponendo che gli obiettivi si riferiscano ad un livello più avanzato di adozione della contabilità analitica rispetto all’anno precedente da parte di tutte le aziende. Se una sola delle aziende della Regione non dovesse risultare aver raggiunto gli obiettivi predetti, la Regione risulterà inadempiente a prescindere dall’ adempienza legata agli obiettivi successivi;
- per l’obiettivo A.3, A4, B1, B2 indicato nelle colonne di cui alla tabella “Verifica e monitoraggio stato d’implementazione Co. An.” allegata al Questionario, la Regione dovrà indicare per le proprie aziende sanitarie se l’obiettivo ivi descritto è stato o meno raggiunto ed in quest’ultimo caso quali azioni sono state 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, attribuendo per il 2014 il seguente rispettivo peso per i singoli obiettivi: 30%;10%; 30%; 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). Per il 2015 le predette percentuali potranno essere diversamente rimodulate per tenere conto dello stato implementativo del sistema di contabilità analitica;

- per l’obiettivo B.3, 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 attribuito alcun peso; qualora non venisse garantito la Regione sarà considerata inadempiente unitamente all’obiettivo A1.

Dal 2015, i punti saranno rivisti secondo pesi da concordarsi e prevedendo il raggiungimento per ciascun obiettivo predetto del 100% da parte delle aziende.

O) CONFERMABILITA' DIRETTORI GENERALI

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

Nella certificazione si terrà conto se 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.

P) DISPOSITIVI MEDICI

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

La valutazione tiene conto dei dati relativi ai consumi 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.

S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE

In via preliminare verrà verificato il superamento delle inadempienze e degli eventuali impegni derivanti dalla verifica degli anni precedenti.

Le Regioni valutate con punteggio 0,5 alla domanda S.1.1 e/o 0 alla domanda S.1.1.1 del Questionario 2013 devono fornire risposta ai corrispondenti quesiti riportati nel Questionario 2014.

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.

S.1.1

Adozione ed utilizzo di uno strumento di valutazione multidimensionale per l'assistenza domiciliare integrata ai pazienti non autosufficienti, anche anziani:

- **0,5** punti se la Regione ha formalmente adottato lo strumento di VMD
- **0,5** punti se almeno il 70% dei servizi deputati alla presa in carico del paziente non autosufficiente utilizza lo strumento di valutazione multidimensionale adottato dalla Regione.

S.1.2

Presenza sul territorio delle seguenti tipologie di offerta assistenziale extraospedaliera: **max 9 punti**.

La valutazione prevede l'attribuzione di **1 punto** per ciascuna voce. Si considera condizione necessaria per la valutazione positiva la presenza sul territorio regionale di almeno 4 delle seguenti tipologie di assistenza:

- Trattamenti residenziali di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale a malati cronici non autosufficienti R3 (a cura del Ministero tramite FAR)
- Trattamenti semiresidenziali di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale a malati cronici totalmente o parzialmente non autosufficienti SR (a cura del Ministero tramite FAR)
- Trattamenti residenziali socio-riabilitativi di mantenimento a persone con disabilità
- Trattamenti semiresidenziali socio-riabilitativi a persone con disabilità
- Trattamenti residenziali socio-riabilitativi a persone con disturbi mentali.

S.1.3

Ripartizione degli oneri: **max 9 punti**.

La valutazione prevede l'attribuzione di 1 punto per ciascuna delle tipologie di assistenza per la quale il Comune/assistito effettivamente sostiene la quota di oneri relativa alla componente socio-assistenziale in conformità all'Allegato C al DPCM 29 novembre 2001 (salvo che la Regione non abbia deliberato di assumere a proprio carico tali quote come "livello ulteriore regionale" documentato al punto y) del Questionario). Si chiede di inviare la relativa documentazione (Delibera di approvazione delle tariffe, schema tipo di contratto, relazione sulle regole applicate in materia di compartecipazione, ecc...).

Per l'assegnazione del punteggio sarà considerata condizione necessaria per la valutazione positiva la presenza/assenza delle quote di compartecipazione per almeno 4 delle seguenti tipologie di trattamenti

- presenza della quota di compartecipazione per:
 - Trattamenti residenziali di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale a malati cronici non autosufficienti R3
 - Trattamenti residenziali socio-riabilitativi di mantenimento a persone con disabilità
 - Trattamenti socio-riabilitativi residenziali a persone con disturbi mentali
- assenza della quota di compartecipazione per:
 - Trattamenti residenziali intensivi a malati cronici non autosufficienti R1
 - Trattamenti residenziali di riabilitazione intensiva a persone con disabilità.

S.2

Cure domiciliari e residenziali: **max 5 punti**.

La sezione è compilata dal Ministero attraverso i flussi NSIS.

S.2.1.1

Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2014 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) $> 0,13$.

La valutazione prevede l'attribuzione di un punteggio pari a 2 punti per le Regioni che presentano un valore uguale o superiore al 30° percentile della distribuzione dei valori ottenuti sommando i tassi

regionali standardizzati per le PIC di CIA 1 e 2 (somma) e l'attribuzione di un punteggio pari a 3 punti per le Regioni che presentano un valore uguale o superiore al 30° percentile della distribuzione dei valori ottenuti sommando i tassi regionali standardizzati per le PIC di CIA 3 + 4 (somma).

S.2.2.1

Sono considerate le ammissioni attive aperte al primo gennaio 2014 e quelle aperte nel corso dell'anno.

La valutazione prevede l'attribuzione di un punteggio per le Regioni che presentano un valore uguale o superiore al 30° percentile della distribuzione dei tassi regionali per ciascuna tipologia di struttura, come di seguito indicato:

R1: 3 punti

R2: 2 punti

R2 D: 2 punti

R3: 1 punto

Punteggio max 8 punti.

La valutazione prevede l'attribuzione di un punteggio in base al posizionamento della Regione rispetto al valore soglia in ciascun livello di intensità. Perché la domanda sia valutata positivamente è necessario che la Regione abbia ottenuto in totale almeno **4 punti**.

S.2.2.2

Sono considerate le ammissioni attive nelle due tipologie di strutture (SR1+SR2) aperte al primo gennaio 2014 e quelle aperte nel corso dell'anno.

La valutazione prevede l'attribuzione di **1 punto** per le Regioni che presentano un valore uguale o superiore al 30° percentile della distribuzione dei tassi regionali per entrambe le tipologie di struttura.

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

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

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'assistenza domiciliare nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2014.

Livello di analisi: ASL

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

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

Valore di riferimento = 100

Accettazione della variabilità = 20

Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente

Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

Indicatore di qualità

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

Valore di riferimento = 100

Accettazione della variabilità = 20

Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente

Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

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

Se adempiente saranno calcolati i seguenti indicatori:

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

S.4

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

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'assistenza residenziale e semiresidenziale nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2014.

Livello di analisi: strutture STS11 (Tipologia di assistenza S09)

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

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

Valore di riferimento = 100

Accettazione della variabilità = 20

Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente

Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

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

Valore di riferimento = 100

Accettazione della variabilità = 20

Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente

Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

Se adempiente saranno calcolati i seguenti indicatori:

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

T) TARIFFE OSPEDALIERE

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

La verifica è volta ad accertare se nell'anno 2014 la Regione abbia adottato provvedimenti che abbiano modificato quanto previsto dall'articolo 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 (DM 18 Ottobre 2012 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 28 gennaio 2013).

U) PREVENZIONE

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

La definizione dell'adempimento è conseguente ai seguenti principi:

- fornire una valutazione di adempimento il più sistemica possibile rispetto ai vari ambiti in cui la prevenzione si articola;
- esprimere un organico riferimento agli atti di pianificazione più rilevanti per la prevenzione;
- privilegiare, per quanto fattibile, la valutazione delle modifiche dello 'stato di salute' pertinenti ai settori di intervento preponderanti;
- riconoscere e utilizzare l'effetto di sviluppo che il sistema degli adempimenti esercita sulla programmazione delle attività a livello erogativo.

Definizione	Formula	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Calcolo effettuato da:	Razionale/significato e riferimenti normativi	Note
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato ⁽¹⁾)/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	$\geq 80\%$	20 se U.2.1 $\geq 80\%$ 10 se $65\% \leq U.2.1 < 80\%$ 0 se U.2.1 $< 65\%$	Ufficio V - DGPRES - Ministero della Salute, su dati già disponibili (sorveglianza integrata). L'indicatore può essere calcolato annualmente	Indicatore tracciante dell'applicazione di interventi di prevenzione nei confronti del morbillo, ovvero di attuazione del PNEMoRc	Si dovrebbero raccogliere campioni adeguati ⁽²⁾ per identificare un'infezione acuta da morbillo per l'80% dei casi sospetti di morbillo. Si definisce caso sospetto di morbillo, un caso con i seguenti sintomi: <ul style="list-style-type: none"> • febbre E • esantema maculo papulare E • tosse oppure corizza (rinite) oppure congiuntivite. Deve essere escluso dal denominatore qualunque caso sospetto che non abbia eseguito analisi di laboratorio per la conferma della diagnosi e che sia confermato da collegamento epidemiologico, ovvero: a) da collegamento ad un caso confermato in laboratorio oppure b) da appartenenza ad un focolaio dove almeno uno dei casi è stato confermato in laboratorio. N.B. I casi sospetti con IgM negative vengono inclusi sia al numeratore che al denominatore
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	(numero di casi di morbillo per i quali l'origine dell'infezione è identificata)/(numero di casi di morbillo notificati)*100	$> 80\%$	20 se U.2.1 $> 80\%$ 10 se $65\% \leq U.2.1 \leq 80\%$ % 0 se U.2.1 $< 65\%$	Ufficio V - DGPRES - Ministero della Salute, su dati già disponibili (sorveglianza integrata). L'indicatore può essere calcolato annualmente	Indicatore tracciante dell'applicazione di interventi di prevenzione nei confronti del morbillo, ovvero di attuazione del PNEMoRc	Origine dell'infezione assume una delle seguenti modalità: - importato dall'estero - collegato a caso importato - autoctono. N.B. Devono essere inclusi nel numeratore e nel denominatore i casi possibili, probabili e confermati.

⁽¹⁾ Per Laboratorio di Riferimento si vedano indicazioni della circolare "Istituzione di un sistema di sorveglianza integrato per il morbillo e la rosolia alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015"

⁽²⁾ Si considera adeguato per gli scopi della sorveglianza un singolo campione clinico ottenuto al primo contatto con il sistema sanitario in qualsiasi momento entro i 28 giorni dopo l'insorgenza.

Definizione	Formula	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Calcolo effettuato da:	Razionale/significato	Note
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	Numeratore: numero dei cancro invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancro screen-detected *100	$\leq 25\%$	45 se $U.3 \leq 25\%$ e valore indicatore Griglia LEA relativo al solo screening mammografico $\geq 45\%$ e percentuale missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota) $\leq 20\%$ 25 se $U.3 \leq 25\%$ e valore indicatore Griglia LEA relativo al solo screening mammografico $\geq 30\%$ e $< 45\%$ e percentuale missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota) $\leq 20\%$ 10 se $U.3 \leq 25\%$ e valore indicatore Griglia LEA relativo al solo screening mammografico $\geq 20\%$ e $< 30\%$ e percentuale missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota) $\leq 20\%$ 0 se si presenta almeno una delle condizioni seguenti: <ul style="list-style-type: none"> • $U.3 > 25\%$ • valore indicatore Griglia LEA relativo al solo screening mammografico $< 20\%$ • percentuale missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota) $> 20\%$ 	Sistema informativo screening: dati elaborati dall'Osservatorio Nazionale Screening. L'indicatore può essere calcolato annualmente	Indicatore tracciante della capacità di predisporre interventi di prevenzione secondaria di popolazione. Esprime la capacità del programma di screening di identificare i tumori precocemente in modo da ottimizzare le capacità di intervento. Riferimento: indicatore delle Linee guida Europee.	Si procede al calcolo dell'indicatore U.3 solo se si è raggiunto un dato valore dell'indicatore Griglia LEA relativo al solo screening mammografico (20%) e se la percentuale dei cancro invasivi la cui stadiazione è ignota non supera un determinato livello (20%)
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con $>$ di un artigiano) x 100	$\geq 5\%$	15 se $U.5 \geq 5\%$ 0 se $U.5 < 5\%$	Ufficio II DG PREV Ministero salute su dati già disponibili (Sistema informativo nazionale per la prevenzione-SINP nei luoghi di lavoro, istituito con D.lgs 9 aprile 2008 n. 81 e successive modifiche e integrazioni)	L'indicatore misura il raggiungimento del valore soglia di copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di intervento ispettivo in un anno, valore già individuato con DPCM 17 dicembre 2007 "Esecuzione Accordo 1 agosto 2007, recante Patto per la tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro".	Con Decreto interministeriale (previsto dal D. Lgs. 81/2008) verrà disciplinata l'attuazione del SINP (disposizioni tecniche per la sua realizzazione e funzionamento). Il numeratore è costruito sommando le voci: 2.5 A (n. az. oggetto di ispezione comp. edilizia) + 2.5 B (n. az. oggetto di ispezione sett. agricoltura) + 2.5 C (n. az. oggetto di ispezione altri comparti) + 6.2 D (n. az. oggetto di sopralluogo per l'espressione di pareri). Nel denominatore non vanno conteggiate le imprese agricole non a carattere industriale

Ai fini della valutazione, viene effettuata la somma (U) dei punteggi relativi ai singoli indicatori.

La Regione risulta adempiente se $U \geq 80$

V) PIANO NAZIONALE AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO

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

In riferimento al punto 1) del Questionario, la Regione deve inviare gli atti di programmazione con cui sono stati individuati gli obiettivi formativi regionali.

In riferimento al punto 2) le Regioni devono dare atto dell'esistenza del manuale di accreditamento con riferimento all'atto amministrativo di adozione.

In riferimento al punto 3) la Regione deve indicare l'elenco dei Provider regionali e gli eventi/progetti formativi aziendali svolti nel 2014, riportando a margine delle rispettive posizioni le eventuali criticità segnalate dagli organismi di controllo e monitoraggio, l'indicazione dell'ente accreditante regionale e dei relativi recapiti (*Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012*).

In riferimento al punto 5) si fa presente che il provider è responsabile della trasmissione dei dati per la doppia e contestuale registrazione dei crediti sulla base di una traccia informatica unica costituendo la sua capacità di ottemperare a questo obbligo requisito di accreditamento (*Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009*).

In riferimento al punto 6) la Regione deve trasmettere una relazione sulle attività svolte dall'Osservatorio regionale, oppure sulle modalità con cui tale organismo gestisce le verifiche e i controlli a livello regionale (*Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009*).

La Regione si considera adempiente se fornisce quanto richiesto nel Questionario.

X) IMPLEMENTAZIONE PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI

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

X.1.1

Per l'anno 2014 si chiede alla Regione l'individuazione di almeno sei PDTA (già inseriti nel Questionario per l'anno 2013), suddivisi per aree/ambiti diversi con al massimo due dei sei PDTA inseriti nella voce "Altro PDTA".

Si richiede inoltre di trasmettere l'atto formale dei PDTA individuati.

X.1.2

Si richiede alla Regione di trasmettere la documentazione attestante il monitoraggio dei PDTA individuati.

Y) LEA AGGIUNTIVI

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

Sarà verificato il "provvedimento ricognitivo" dei LEA aggiuntivi previsto dall'art. 4 del Patto per la Salute 2010-2012, nel quale dovrà essere indicata la norma di riferimento, lo specifico capitolo di bilancio e l'importo del finanziamento. La valutazione sarà positiva se il provvedimento riporta i dati indicati.

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).

AH) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

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, qualora non lo avesse già trasmesso con il Questionario 2013.

AH.2

Verrà valutata l'aderenza al dettame normativo in materia di accreditamento 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 scaduto 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 informativi sull'adeguamento ai contenuti dell'Intesa del 20 dicembre 2012.

AJ) SPERIMENTAZIONI ED INNOVAZIONI GESTIONALI

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

La rilevazione si propone di monitorare i programmi di sperimentazioni gestionali nelle Regioni e Province Autonome con riferimento all'anno 2014. La ricognizione tende ad ottenere informazioni ad un livello regionale (macro) di agevole compilazione, sufficiente a delineare uno scenario complessivo. Le domande sono articolate e definite secondo le disposizioni del D.Lgs 502/92 e s.m.i., e sono formulate in modo da consentire successivi approfondimenti relativi alle singole sperimentazioni, per i quali è necessario un approccio più dettagliato. A tale proposito si evidenzia che il D.L. 347 del 18.9.2001, convertito nella Legge 16 11.2001, n. 405, ha modificato l'art. 9-bis del D.Lgs 502/92 s.m.i. prevedendo in capo alle Regioni il potere di autorizzare programmi di sperimentazione gestionale; inoltre, lo stesso decreto ha previsto che le materie del citato art. 9-bis non costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'art. 117 Cost.

E' previsto anche che le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano trasmettano ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari regionali, copia dei programmi di sperimentazione aventi ad oggetto i nuovi modelli gestionali adottati sulla base dell'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ovvero sulla base della normativa regionale o provinciale disciplinante la materia. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano trasmettono altresì annualmente ai predetti Ministeri, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari regionali, la Relazione annuale sui risultati conseguiti con la sperimentazione, sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi.

Al fine della verifica e valutazione degli adempimenti dovrà essere quindi compilata la scheda di rilevazione 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.

Dovrà inoltre essere compilata la tabella, per ogni singola sperimentazione gestionale attiva o conclusa nell'anno di verifica in Regione, contenente dati di attività e dati economici, così come riportati nella relazione annuale di verifica. In particolare, dovrà essere riportata la variazione percentuale, per ogni singola voce, rispetto all'anno precedente a quello di verifica. L'obbligo di compilazione per ogni singola voce è applicabile solo per le sperimentazioni gestionali per le quali i dati richiesti rientrano negli obiettivi della società.

Deve essere, inoltre, segnalato in nota il caso di sperimentazioni concluse in corso d'anno indicando il periodo di riferimento delle variazioni.

Dovranno, poi, 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).

AK) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE EROGANTI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

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

Si chiede alla Regione, per il punto **AK.1)** e **AK.1.1)**:

- di allegare il Piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, qualora non sia stato già allegato negli anni precedenti o qualora fossero intervenute modifiche;
- di indicare ed allegare la normativa di regolamentazione del service di laboratorio (Accordo Stato-Regioni 23 marzo 2011).

Si chiede inoltre, relativamente alla medicina di laboratorio (punto **AK.2)**, di indicare (dati 2014):

- se si è in possesso della certificazione di qualità ISO;
- se c'è accreditamento di eccellenza (descrivendone anche sinteticamente la metodologia);
- se c'è valutazione esterna di qualità (descrivendone anche la fonte e le tipologie).

Indicare inoltre:

- il numero di ospedali pubblici con un laboratorio autonomo (presenza di una direzione di struttura complessa), distinti in laboratori generali di base e laboratori generali di base con settori specializzati;
- il numero di ospedali pubblici con una attività di laboratorio gestita come sezione distaccata dotata di proprio personale sanitario di un laboratorio centrale di riferimento;
- il numero di sedi di attività analitica di laboratorio pubblico al di fuori di una sede ospedaliera, come poliambulatori;
- il numero di laboratori pubblici specializzati dotati di autonomia organizzativa (direzione complessa) distinti per specializzazione (microbiologia, genetica medica, altre);
- il numero di laboratori pubblici presenti in Regione distinti in Hub e Spoke in seguito all'applicazione del Piano di riorganizzazione della rete laboratoristica;
- il numero di laboratori clinici e di ricerca finanziati con Fondo Sanitario Regionale presso cliniche o istituti universitari (specificare il numero per singola Azienda/Policlinico);
- il numero di laboratori privati convenzionati, distinti per specializzazione;
- il numero di laboratori privati convenzionati aggregati in seguito all'applicazione del Piano di riorganizzazione della rete laboratoristica e relativo personale coinvolto;

- l'esistenza di un sistema di reporting periodico regionale degli esami di laboratorio resi in regime ambulatoriale (pubblico, pubblico e privato, privato) (in caso di risposta affermativa allegare gli ultimi report);
- il numero medio annuale di esami per unità tecnica, inteso come rapporto tra il numero di esami complessivi della struttura laboratoristica ed il numero complessivo di operatori medici, biologi e chimici e tecnici di laboratorio; ai fini della certificazione si terrà conto dello standard che è pari ad almeno 25.000 esami per unità tecnica;
- il numero medio di esami/paziente, distintamente in ambito ospedaliero e in ambito ambulatoriale.

Ai fini di una migliore comprensione del percorso di riorganizzazione della rete laboratoristica pubblica e privata in atto nella Regione si chiede di predisporre, a fini informativi, una relazione illustrativa dello stato dell'arte del processo di riorganizzazione (punto **AK.2.1**).

La relazione dovrà contenere indicazioni in merito alla riorganizzazione delle strutture laboratoristiche, pubbliche e private, in centri Hub e Spoke, con i relativi ambiti prestazionali di competenza, riportando la situazione di partenza e l'obiettivo finale che la Regione intende raggiungere, secondo quanto previsto nel Piano, ove possibile, con indicatori misurabili.

AM) CONTROLLO CARTELLE CLINICHE

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

Si riportano di seguito gli schemi tipo Tabella 1 e Tabella 2 (cfr. Circolare del MdS n. 5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche"), da compilare e trasmettere esclusivamente in formato Excel unitamente al report previsto all'art.3 comma 2 del DM 10 dicembre 2009.

Tabella 1. Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) - Anno di verifica 2014

Erogatore ^(a)		Controlli Cartelle Cliniche			Risultat ^(b)		Misure adottate ^(b)			
Codice SIS ^(c)	Denominazione struttura erogante	Num.CC tot	Num.CC controllate	% CC controllate	Num. CC non confermate ^(d)	% CC non confermate sul totale delle CC controllate	Effetti economici	Abbattimenti tariffari ^(e)	% sul Budget ^(f)	Altro ^(g)
Totale										

Note:

- CC = cartelle cliniche
- (a) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11
- (b) (art. 3 comma 3 lettera e DM 10.12.2009)
- (c) Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP11
- (d) Numero delle cartelle cliniche non confermate secondo i criteri stabiliti dalla Regione. - Allegare documentazione riguardo la definizione dei criteri suddetti
- (e) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatezza (in euro)
- (f) Abbattimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati
- (g) Ulteriori misure adottate dalla Regione (non ad impatto economico/finanziario)

AO) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

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

AO.1

Indicare se sono state formalmente istituite la Rete di assistenza palliativa e la Rete di terapia del dolore e quali atti regionali ne certificano l'istituzione e, inoltre, se sono state garantite le informazioni ai cittadini e agli operatori sulla istituzione della Rete di assistenza palliativa. In caso affermativo si chiede di riportare la documentazione elaborata dalla Regione alle Aziende.

Nel compilare la tabella relativa al punto **AO.1.4** tenere presente le indicazioni riportate nel prospetto seguente.

N.	Definizione	Note
1	Numero di malati deceduti a causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice sul numero di malati deceduti per malattia oncologica	Il numero dei malati deceduti per malattia oncologica è calcolato sulla media dei deceduti per malattia oncologica rilevati nel triennio precedente alla rilevazione in ciascuna regione. Per i deceduti a causa di tumore considerare i codici ICD9 140-208
2	Numero posti letto in hospice sui deceduti a causa di tumore	Il numero di posti letto è rapportato al numero dei deceduti a causa di tumore con riferimento alla mortalità regionale (media del triennio precedente l'anno di rilevazione). Per i deceduti a causa di tumore considerare i codici ICD9 140-208. I posti letto da considerare sono quelli previsti dal DPCM 20 gennaio 2000
3	Percentuale di hospice in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000	
4	Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore	Indicare al numeratore il numero di giornate di assistenza erogate al domicilio da parte delle équipes di cure palliative domiciliari operanti nelle ASL. Per i deceduti a causa di tumore considerare i codici ICD9 140-208.
5	Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa	Per "presa in carico" si intende la data di primo accesso domiciliare da parte di un sanitario dell'équipe di cure palliative. Per "segnalazione del caso" si intende la data di ricevimento da parte della Rete della proposta di attivazione di un programma di cure domiciliari. In caso di dimissione dall'ospedale, per data di segnalazione si intende la data di dimissione dall'ospedale
6	Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa	Per "segnalazione del caso" si intende la data di ricevimento da parte della Rete della proposta di ricovero in hospice. In caso di dimissione dall'ospedale, per data di segnalazione si intende la data di dimissione dall'ospedale
7	Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	Per i ricoveri con patologia oncologica considerare codici ICD-9-CM 140-208
8	Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	Per i ricoveri con patologia oncologica considerare codici ICD-9-CM 140-208

Per gli indicatori 7 e 8 si richiede di utilizzare nelle modalità di calcolo dell'indicatore tutte le diagnosi della SDO.

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

La valutazione degli adempimenti regionali in materia di strutture dedicate alle cure palliative e rete di assistenza per i malati terminali terrà conto degli standard stabiliti dal decreto 22 febbraio 2007, n. 43. Per valutare se la Regione è adempiente o meno si terrà conto del calcolo di tutti gli otto indicatori.

Relativamente al punto **AO.1.6** si chiede alle Regioni se hanno inviato al Ministero della salute i progetti sulla terapia del dolore ai sensi dell'Accordo del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano su proposta del Ministro della salute con il quale è stata approvata la 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.

AO.2

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

La valutazione tiene conto della disponibilità e completezza dell'acquisizione nel NSIS del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice").

Livello analisi: ASL

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

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

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

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

Valore di riferimento = 100

Accettazione della variabilità = 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

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

Si chiede la compilazione della tabella relativa al Percorso terapeutico-assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia relativa a:

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

La Regione deve inoltre allegare la relativa documentazione.

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

AP) SANITA' PENITENZIARIA

Le domande sono rivolte a conoscere lo stato di attuazione del 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” nelle diverse Regioni.

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica degli anni precedenti.

Con la domanda di cui al punto **AP.1.1** si chiede se le ASL interessate hanno effettuato gli interventi di presa in carico che hanno consentito la dimissione degli internati in OPG in regime di proroga della misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno, residenti nella Regione al momento del loro ingresso in OPG. La domanda si riferisce all'Accordo siglato in Conferenza Unificata il 26 novembre 2009 recante 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.

La Regione dovrà indicare il numero di soggetti (in regime di proroga della misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno), provenienti dal territorio della Regione, presenti in OPG (di tutto il territorio nazionale) nell'anno 2014 ed il numero di soggetti che nel corso dello stesso anno sono stati presi in carico dalla Asl di residenza e dimessi.

In relazione al punto **AP.1.2**, sarà valutato se la Regione ha 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 (a cura del Ministero della Salute).

La valutazione sarà positiva nel caso in cui la Regione

1. abbia risposto positivamente alla domanda **AP.1.1**, ovvero evidenzi nel corso del 2014 una percentuale di dimissioni superiore al 50% e comunque in crescita rispetto al 2013;
2. abbia formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti di cui al punto **AP.1.2**.

Le Regioni dichiarate “inadempienti” o “adempienti con impegno” nel corso degli anni precedenti, dovranno rispondere alle domande: **AP.1.3**, **AP.1.4**, **AP.1.5**. Il superamento delle criticità riscontrate sarà condizione necessaria per la valutazione di adempienza.

In particolare:

- **AP.1.3**: si chiede se la Regione ha formalmente individuato strumenti e procedure per la valutazione precoce e l'individuazione delle necessità terapeutiche e riabilitative dei minori collocati nei Centri di Prima Accoglienza (CPA): es. attivazione di specifiche strutture residenziali per la valutazione, istituzione di équipes dedicate, ecc..

Se la Regione risponde affermativamente si chiede di inviare l'atto che individua strumenti e procedure.

- **AP.1.4**: si chiede se la Regione ha programmato e attivato in almeno uno degli Istituti penitenziari presenti sul territorio regionale, una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale dei detenuti.

Se la Regione risponde affermativamente si chiede di inviare la relativa documentazione (iniziative attivate e la relativa normativa adottata); se risponde negativamente si chiede di

inviare una relazione che descriva le misure adottate per dare risposta ai bisogni terapeutici e assistenziali dei detenuti con disturbi psichiatrici.

- **AP.1.5:** si chiede di conoscere se è stata completata la procedura di stipula delle convenzioni di trasferimento in uso gratuito alle Asl dei locali presenti all'interno delle strutture penitenziarie o nei centri della giustizia minorile e utilizzati per attività sanitarie. Si richiede di indicare gli estremi degli atti. La risposta positiva è condizione necessaria per la valutazione di adempienza.

La Regione Sicilia dovrà rispondere alla domanda **AP.1.6**, con la quale si chiede se è stato formalmente predisposto il disegno di legge per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. Le opzioni di risposta prevedono la formale predisposizione e approvazione con legge regionale (indicare gli estremi dell'atto ed allegarlo), la formale predisposizione e valutazione positiva da parte delle Amministrazioni competenti ma in attesa di approvazione (allegare documentazione), la mancata predisposizione ("No").

La valutazione sarà positiva nel caso in cui il disegno di legge di trasferimento sia stato approvato dalla Commissione paritetica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

AS) RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

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

Ai fini della valutazione si terranno in considerazione gli aspetti di seguito riportati.

AS.1

Con finalità valutative, la Regione deve compilare la tabella al punto AS.1.1 con i dati relativi al numero di Raccomandazioni che sono state implementate nelle proprie aziende sanitarie. Nella colonna B deve essere indicato il numero totale delle Aziende sanitarie della Regione in cui ogni specifica raccomandazione è applicabile.

La valutazione di adempienza viene raggiunta qualora siano state implementate almeno 10 Raccomandazioni su 15 e qualora almeno il 80% del totale delle aziende sanitarie della Regione abbia implementato ogni Raccomandazione, secondo quanto espresso dalla colonna D della tabella.

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 nella 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 (colonne A+B) per l'allestimento delle preparazioni antiblastiche, rispetto al totale delle strutture che erogano prestazioni oncologiche (colonne A+B+C) sia almeno il 60%.

AS.2.2

Ai soli fini informativi la Regione è tenuta ad inviare una relazione relativa alla presenza di una procedura per la gestione del paziente in corso di terapia con antiblastici, anche alla luce di terapie a lungo termine e nell'ottica della continuità ospedale territorio.

AS.3

Ai fini valutativi si chiede di conoscere il numero di eventi in ambito sanitario organizzati nella Regione sul tema della sicurezza dei pazienti.

La valutazione di adempienza sarà effettuata sulla base della compilazione delle tabelle in formato *word* presenti nel Questionario di cui si chiede la compilazione da parte delle Regioni. L'informazione richiesta riguarda sia i corsi ECM che i corsi non ECM organizzati sia a livello delle singole aziende che a livello della stessa Regione. La valutazione di adempienza è legata alla compilazione della tabella indipendentemente dal numero di corsi effettuati.

AS.4

La Regione deve fornire il numero delle Unità Operative chirurgiche che utilizzano la Check list in Sala operatoria rispetto al totale delle UO chirurgiche. Il criterio per l'adempienza è il raggiungimento di una percentuale del 90%.

AS.5

Il criterio di adempienza è legato alla presenza di un piano di prevenzione delle cadute nelle Strutture Sanitarie predisposto da parte della Regione.

AS.6

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

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 17.09.2012 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”

Nel rispetto della tempistica prevista per la trasmissione della prima relazione di accompagnamento in sede di prima seduta di monitoraggio dello stato di avanzamento dello stesso le Regioni devono inviare al Comitato Lea i PAC approvati secondo le modalità di cui all'art. 2, del DM 1° marzo 2013, opportunamente adeguati alle raccomandazioni formulate dal Tavolo adempimenti e Comitato Lea per le regioni in PDR e dal solo Tavolo adempimenti per le Regioni non in PDR. L'adeguamento dei PAC alle predette raccomandazioni sarà verificato da Tavolo e Comitato medesimi, nell'ambito della verifica dello stato di avanzamento del PAC ex art 2 del DM 1° marzo 2013.

Il recepimento delle raccomandazioni nel PAC è richiesto per meglio evidenziare, ai fini della verifica, i momenti ritenuti significativi in termini di adeguamento sia procedurale che dei saldi di bilancio alle condizioni di certificabilità. Con riferimento al contenuto delle azioni individuate dalle Regioni, l'adeguamento dei PAC in termini procedurali deve prevedere l'evidenziazione delle seguenti 5 fasi attuative del percorso di Certificabilità: I) analisi (se ancora ritenuta necessaria); II) definizione di procedure; III) implementazione; IV) applicazione a regime; V) verifica della corretta applicazione. L'adeguamento dei PAC con riferimento ai saldi di bilancio deve prevedere l'evidenziazione delle seguenti 3 fasi: I) "ricostruzione dati per cambiamento principi di cui al D.Lgs n.118 e ss.mm.ii"; II) "Riconciliazione Co.Ge.-Co.Sezionale"; III) "Inventario dell'attività o della passività". Con riferimento a queste ultime 3 fasi sui saldi di bilancio, la Regione o le aziende potranno affermare, sotto la propria responsabilità, che sono già state eseguite (indicando nel campo "data" la data storica di esecuzione), oppure che non sono ritenute necessarie ai fini del raggiungimento delle condizioni di certificabilità (indicando nel campo "data" la dicitura "non necessaria") Tavolo e Comitato potranno così: (i) apprezzare lo stato avanzamento lavori in maniera omogenea su base nazionale (ii) avere una chiave di lettura dei dati riportati nei bilanci d'esercizio, nei CE e negli SP redatti.

La verifica dell'adempimento consisterà (i) nella trasmissione del percorso di adeguamento del PAC, congiuntamente alla prima relazione periodica di accompagnamento al PAC, nei termini sopradescritti e (ii) nel rispetto della tempistica di invio della citata relazione periodica successivamente alla prima seduta di monitoraggio dello stato di avanzamento del PAC.

AU) SISTEMA CUP

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

La valutazione dell'anno 2014 tiene conto degli Indicatori di performance dei sistemi CUP definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

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

- a) numero di punti di prenotazione / accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici
- b) numero di prenotazioni effettuate: numero totale di prestazioni prenotate attraverso il CUP
- c) numero di prestazioni prenotate e non erogate per abbandono dell'utente, senza disdetta
- d) numero di prestazioni prenotate e disdette dall'utente con il dovuto anticipo
- e) 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)]

AAB) SISTEMA INFORMATIVO PER SALUTE MENTALE NSIS-SISM

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 STS24

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

Valore di riferimento = 100

Accettazione della variabilità = 20

Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente

Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

Indicatore di qualità

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

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

Valore di riferimento = 100

Accettazione della variabilità = 20

Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente

Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

Se adempiente sarà calcolato il seguente indicatore

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

AAC) SISTEMA INFORMATIVO PER LA DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI NSIS-SIND

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).

AAD) SISTEMA FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

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 giugno 2014 e dell'approvazione del piano medesimo.

AAE) ATTIVITA' TRASFUSIONALE

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

AAE.1

Il percorso di qualificazione dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta, previsto dall'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010, il cui termine era stato fissato al 31 dicembre 2014 dalla Legge milleproproghe (Legge 26 febbraio 2011, n. 10), prevedeva che i servizi trasfusionali e le unità di raccolta siano resi pienamente conformi ai requisiti previsti dalle norme nazionali ed europee, attraverso la procedura regionale di autorizzazione e accreditamento, che comprende anche le visite di verifica da parte delle Regioni, tenute ad avvalersi dei valutatori, specificamente formati e iscritti nell'elenco nazionale, gestito dal Centro Nazionale Sangue (CNS).

Considerato che in ogni Regione si è avviato nell'anno trascorso il processo di visite, al fine di monitorare il completamento del percorso di qualificazione, la Regione, ai fini dell'adempimento, deve comunicare formale evidenza numerica ed in rapporto al numero delle strutture operanti nel rispettivo ambito Regionale, delle visite di verifica istituzionali (con esclusione delle visite di pre-assessment, audit preliminari, e attività assimilabili), valide ai fini dell'autorizzazione ed accreditamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di Raccolta, gestite dalle Associazioni e Federazioni dei donatori volontari di sangue.

AAE.1.3 Ai soli fini informativi deve fornire evidenza dei Decreti di Autorizzazione ed Accreditamento per i Servizi Trasfusionali e per le Unità di Raccolta

AAE.2

Considerato che con l'Accordo Stato-Regioni 13 ottobre 2011 sono state stabilite le *Caratteristiche e funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali*, viene richiesto di fornire evidenza del programma annuale per l'autosufficienza regionale del sangue e dei suoi prodotti, di concerto con i rappresentanti delle Associazioni e Federazioni dei donatori e con i rappresentanti dei professionisti e delle direzioni aziendali/enti presso cui operano i servizi trasfusionali.

Il requisito richiesto è considerato indispensabile per l'ottenimento di una certificazione positiva.

AAF) PERCORSO NASCITA

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

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

AAF.1

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

Le informazioni relative al numero di Punti Nascita attivi e al numero dei Punti Nascita con parti <500, con parti ≥ 500 e ≤ 1000 e con parti >1000, sia pubblici che privati accreditati, sono compilate a cura del Ministero della Salute facendo riferimento alla rilevazione CEDAP, prevista dal D.M. 16 luglio 2001, n. 349, Regolamento recante "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni" e ai modelli NSIS HSP11 "Dati anagrafici delle strutture di ricovero" e HSP11bis "Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero".

Per punti nascita attivi si intendono i punti nascita che hanno effettuato parti nel corso dell'anno 2014.

Per punti nascita pubblici si intendono quelli afferenti a strutture ospedaliere censite, mediante il modello HSP11, con una delle seguenti tipologie:

- Azienda Ospedaliera
- Ospedale a gestione diretta
- Azienda Ospedaliera integrata con il SSN
- Azienda Ospedaliera integrata con l'Università
- IRCCS pubblico (anche costituito in fondazione)

Per punti nascita privati accreditati si intendono quelli afferenti a strutture ospedaliere censite, mediante il modello HSP11, con una delle seguenti tipologie:

- Policlinico universitario privato
- IRCCS privato (anche costituito in fondazione)
- Ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art.1, ultimo comma, della Legge 132/1968
- Casa di cura privata accreditata
- Istituto qualificato presidio della U.S.L.
- Ente di ricerca

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.

AAG) EMERGENZA-URGENZA

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

AAG.1.1

Ai soli fini informativi, la Regione deve indicare gli estremi degli 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.

AAG.1.2

Ai soli fini informativi, la Regione deve trasmettere una relazione sulle azioni individuate e poste in essere in merito alla rete dell'emergenza-urgenza, tenendo conto delle indicazioni di seguito riportate.

1. Articolazione dei Presidi ospedalieri afferenti all'area dell'emergenza urgenza, a seguito di interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera:
 - presenza di atto formale di riorganizzazione
 - N. Dipartimenti di emergenza urgenza di I livello
 - N. Dipartimenti di emergenza urgenza di II livello
 - N. Ospedale sede di Pronto soccorso
 - N. Punti di Primo Intervento, di cui ospedalieri e territoriali già attivati

2. Articolazione Centrali operative territoriali 118:
 - numero e sedi di centrali operative 118 attive a seguito di interventi di riorganizzazione.

3. Presenza e tipologia di modalità di integrazione tra componente territoriale e ospedaliera.

4. Presenza e tipologia di coordinamento regionale delle attività.

5. Presenza di modalità di raccordo tra l'emergenza-urgenza e la continuità assistenziale (in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013):
 - sistemi di ricezione delle richieste sia per le prestazioni di emergenza e urgenza sia per le richieste di Cure Primarie, continuativi nelle 24 ore;
 - piattaforma informativa e tecnologica condivisa.

6. Articolazione e/o rimodulazione delle reti ad alta complessità tempo dipendenti, ictus, sindrome coronarica acuta, trauma
 - atto formale istitutivo (indicare estremi dell'atto)
 - presenza di sistemi di monitoraggio dell'attività .

AAG.2

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

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 (HSP11/HSP11bis)

Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ n. accessi calcolati con HSP24

Valore di riferimento = 100

Accettazione della variabilità = 20

Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente

Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

Indicatore qualità

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

Valore di riferimento = 100

Accettazione della variabilità = 20

Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente

Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente

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

Se adempiente saranno calcolati i seguenti indicatori :

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

EMUR 118

Livello analisi: Centrali Operative 118

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

Indicatore di coerenza

N. di chiamate al 118 anno 2014 \geq 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

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

Analisi e valutazione dell'indicatore n. 21 Griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" per l'anno 2014 rispetto all'anno 2013.

AAH) CURE PRIMARIE

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

AAH.1

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).

AAH.2

Ai soli fini informativi, la Regione deve trasmettere una relazione sulle azioni individuate e poste in essere per la riorganizzazione dell'assistenza primaria in attuazione della legge 189/2012 (decreto Balduzzi), tenendo conto delle indicazioni di seguito riportate.

1. **Forme Organizzative Monoprofessionali, denominate AFT**, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi

- Atto formale istitutivo
- N. di AFT attivate per ogni ASL

Elementi condivisi in forma strutturata nell'ambito delle AFT

- Obiettivi
- percorsi assistenziali
- strumenti di valutazione della qualità assistenziale
- linee guida
- audit e strumenti analoghi
- gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico (% dei MMG)
- partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche (% dei MMG)
- utilizzo di sistemi di comunicazione informatica: rete telematica e di teleconsulto (% dei MMG) telemedicina (% MMG).

2. **Forme organizzative multiprofessionali, denominate UCCP, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici e di altre professionalità**

- atto formale istitutivo
- N. di UCCP attivate per ogni ASL

Quali delle seguenti figure professionali collaborano nell'ambito delle UCCP

- MMG
- PLS
- MCA
- MSA
- Infermieri
- altro.

Quali delle seguenti funzioni dell'assistenza primaria sono garantite nell'ambito delle UCCP

- medica
- infermieristica
- specialistica,
- sorveglianza temporanea,
- diagnostica di primo livello
- altro.

3. Modelli organizzativi per l'erogazione dell'assistenza primaria attivati:

- CASA DELLA SALUTE (indicare il numero)
- PTA (indicare il numero)
- UTAP (indicare il numero)
- NCP (indicare il numero)
- ALTRO (indicare il numero).

4. Principali servizi attivati nell'ambito dei modelli organizzativi volti a garantire la continuità assistenziale

- Punto Unico d'Accesso (PUA)
- Postazioni/Centrali di ascolto di continuità assistenziale (ex guardia medica)
- Ambulatorio di Continuità Assistenziale (C.A.)
Se presente indicare l'orario di accesso (H12 oppure H24)
- Poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base aperti nell'arco della giornata (H24) e che operano in coordinamento e collegamento con le strutture ospedaliere
- Altro

Indicatori:

- percentuale di MMG che partecipano alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT);
- N. di MMG, PLS, MSA che partecipano alle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)/numero totale di MMG, PLS, MSA.

AAI) RIABILITAZIONE

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

Sarà attribuito 1 punto per ciascuno dei Percorsi Riabilitativi o Profili Integrati di Cura che presentano le caratteristiche indicate (**AAI.1.1**).

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

Gli indicatori inseriti nel Questionario sono frutto di uno studio elaborato presso il Ministero della salute da un Tavolo tecnico e verranno elaborati dal Ministero della salute, sulla base informativa SDO.

Indicatore “**percentuale di inappropriata clinica**”: è calcolato distintamente per i ricoveri in riabilitazione preceduti da evento acuto e per i ricoveri di riabilitazione non preceduti da evento acuti:

- per i ricoveri preceduti da evento acuto si applica il *criterio della correlazione clinica* (la coerenza tra evento di riabilitazione e tipologia di evento acuto precedente è basata su codici delle diagnosi e/o codici di procedura ammissibili) ed il *criterio della distanza temporale* (adeguata distanza in giorni tra la dimissione dall'evento acuto e l'ammissione in riabilitazione);
- per i ricoveri non preceduti da evento acuto si applica il *criterio della tipologia della casistica* (in termini di coerenza della procedura di riabilitazione per codici delle diagnosi ICD9-CM).

Indicatore “**percentuale di inappropriata organizzativa**”: è basato sul criterio dell'intervallo temporale (sono individuate per ciascuna prestazione di riabilitazione durate di degenza al di sotto del limite minimo considerato come appropriato).

Indicatore “**percentuale di inappropriata/inefficienza**”: è basato sul criterio dell'intervallo temporale (sono individuate per ciascuno ricovero di riabilitazione le giornate di degenza superiori ad un limite massimo identificato come appropriato).

Gli indicatori sono elaborati a partire dalla classificazione delle prestazioni nelle 4 tipologie: ortopedica, neurologica, cardiologica e pneumologica.

La scelta dei codici ha previsto un criterio di tolleranza e quindi l'esclusione di casistica qualora si identifichino pazienti ad elevata complessità.

La valutazione degli indicatori è, per l'anno 2014, limitata al primo e terzo indicatore, mentre il secondo indicatore 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.

AAJ) PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

Saranno oggetto di verifica l'erogazione dei programmi e delle attività previste come Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) derivanti da normativa comunitaria e nazionale, ed il sistema di monitoraggio che le Autorità Competenti hanno posto in essere per verificare il corretto svolgimento di tali programmi e il raggiungimento degli obiettivi previsti.

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/items da AAJ.1.1 a AAJ.1.5.

La Regione dovrà fornire le evidenze necessarie alla valutazione per i punti AAJ.1.3, AAJ.1.4 e AAJ.1.5.

La compilazione dei punti AAJ.1.1 e AAJ.1.2 è a cura del Ministero della salute.

AAJ.1.1

Compilazione a cura del Ministero

Per la valutazione vengono utilizzati i criteri di seguito riportati.

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 ovicaprino, 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 ovicaprino controllate (3%) per anagrafe ovicaprino	≥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 \leq 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 \leq 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	\geq 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	\geq 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	\geq 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	\geq 98%	90% - 97,9%	80% - 89,9%	$<$ 80%
8	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	\geq 160	$<$ 160 e \geq 120	$<$ 120 e \geq 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. 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

In relazione all'indicatore n. 8, la Regione deve indicare il numero di unità registrate totali presenti sul territorio, riferibili a "ristorazione pubblica" (cod 07 del Mod A del DM 8/10/1998) e ristorazione collettiva (cod 08 del Mod A del DM 8/10/1998) necessari per definire la base dei dati sul quale calcolare l'indicatore 6.2 della Griglia LEA.

Il numero totale di unità deve includere quelle di riferimento dei SIAN e dei Servizi Veterinari senza duplicazioni. Nel caso di assenza di informazioni si farà riferimento ai dati forniti con i Mod. A del citato DM trasmessi al Ministero con il flusso informativo previsto, sommando le unità da controllare a cura del SIAN con quelle da controllare a cura dei Servizi Veterinari.

VALUTAZIONE

SUFFICIENTE	≥ 70% del punteggio raggiungibile, che per l'anno 2014 equivale a 63 punti sui 90 ottenibili qualora siano applicabili tutti gli indicatori
NON SUFFICIENTE	< 70% del punteggio raggiungibile, che per l'anno 2014 equivale a 63 punti sui 90 ottenibili qualora siano applicabili tutti gli indicatori

AAJ.1.2

Compilazione a cura del Ministero

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per la valutazione della copertura e della qualità dei debiti informativi con l'Unione Europea in tema di sanità veterinaria e alimenti.

La valutazione sarà considerata positivamente al raggiungimento di un punteggio ≥ 60%, con almeno 4 flussi vincolanti su 6. I flussi vincolanti sono quelli evidenziati nella tabella sottostante.

N.	Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità		
			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 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>	<i>validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	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>	<i>inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>
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>	<i>invio entro i tempi previsti</i>	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	<i>invio entro i tempi previsti</i>
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>

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>
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>
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>	<i>Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>
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>
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>

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>
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>
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	<i>< 5% dei capi controllati o non disponibili per la data prevista</i>	<i>≥ 5% dei capi controllati e disponibili per la data prevista</i>	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>	<i>≤85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>
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 IZSLER; [vedere annotazione]	<i>trend in aumento</i>	<i>prevalenza 0% o trend in diminuzione</i>	Rendicontazione in BDN - in tempo utile per l'Annual Report - del raggiungimento della soglia di almeno 1% del totale delle aziende suinicole presenti nel territorio di competenza (art. 8 comma 2, d.lgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	<i>< dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	<i>≥ dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>
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, vigente nell'anno 2014	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione</i>	<i>presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014</i>	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>	<i>validazione effettuata entro la scadenza prevista</i>
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. DGSAF 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAF 1312 del 20/1/2014, debitamente compilato	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	<i>inviato, debitamente compilato, entro la data prevista</i>	% 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>	<i>numero di audit uguale o superiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>

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 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>
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>	<i>Comunicazione del cellulare</i>	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>
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>	<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]	<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>
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>	<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]	<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>	<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>
21	AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1272 del 23/01/2013 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". 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>	<i>comunicazione inviata entro il termine</i>	compilazione corretta e completa di tutte le voci previste dalla tabella di rilevazione, basata su una attività di audit effettivamente svolta nel 2013 [vedere annotazione]	<i>tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>	<i>tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nel 2014</i>

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>
TOTALE		100						

NOTE:

- FLUS. INF 1.1: Data prevista: 15 marzo 2015
- FLUS. INF. 1.2: Data prevista 9 aprile 2015. Per le Regioni dell'OM 14/12/2006 e seguenti, il requisito di correttezza e completezza della relazione e delle attività che generano le informazioni che supportano la relazione medesima è soddisfatto se, per la brucellosi si ciascuna delle specie bovina, bufalina, ovina e caprina sussistono tutte le seguenti condizioni: almeno l'80% dei controlli sono stati caricati sul sistema SANAN, e almeno l'80% degli esiti analitici caricati dagli IZS nel sistema rispetto al totale dei controlli effettuati
- FLUS. INF 2/3.1: la data prevista per la rendicontazione del PNAA è il 28 febbraio 2015.
- FLUS. INF 2/3.2: la data prevista per la rendicontazione del PNAA è il 28 febbraio 2015.
- FLUS. INF 4.1: la data prevista è il 28 febbraio 2015
- FLUS. INF. 4.2: la conformità dei dati è valutata dall'ufficio VI-DGSA sulla base dei dati trasmessi con il flusso comunitario e la rispondenza alle istruzioni correlate. Documentazione e spiegazione di ciascuna valutazione è assicurata agli atti dell'ufficio benessere
- FLUS. INF. 5.1: la data prevista è il 28 febbraio 2015
- FLUS. INF. 7.1: la data prevista è il 31 marzo 2015
- FLUS. INF. 7.2: L'articolo 68 riguarda i grossisti; l'articolo 70,c.1 riguarda le farmacie e le parafarmacie che vendono farmaci veterinari; l'articolo 71 riguarda i grossisti autorizzati alla attività di vendita diretta e non di vendita al dettaglio; l'art. 80 riguarda tutti gli impianti autorizzati alla detenzione di scorte di medicinali, tra cui, in particolare: art. 81 - allevamenti destinati alla produzione di alimenti (DPA) con scorte di medicinali, art 82 - allevamenti non DPA, art 84 - impianti di cura, art 85 - attività zootiatrica. Le frequenze minime di controllo sono quelle previste dalla linea guida approvata con nota DGSAF n. 1466 del 26/01/2012. In caso di controlli effettuati pari al valore di (controllabili -1), si considera sufficiente;
- FLUS. INF. 8.1: la registrazione si considera corretta e completa se è stata soddisfatta, in almeno l'80% dei casi la seguente tempistica prevista:
 - a) 3 mesi dal prelievo se i risultati sono negativi,
 - b) 7 giorni dalla comunicazione di positività a salmonelle rilevanti
- FLUS. INF. 8.2: il termine previsto per la validazione nel sistema rendicontazione è il 15 marzo 2015
- FLUS. INF. 9.1: i dati devono essere inviati entro il 31 marzo dell'anno successivo [31 marzo 2015]
- FLUS. INF. 10.1: il termine previsto è il 31-3-2015
- FLUS. INF. 10.2: il numero di focolai effettivi viene fornito dal CEA di Torino; la verifica del dato reale dei focolai rendicontati dalla Regione, consente di poter dire che il numero di capi che la regione dichiara come "distrutti/macellati" - sul quale percepiamo il cofinanziamento - è affermato con diligenza.
- FLUS. INF. 11.1: il termine previsto è il 4 aprile 2015.
- FLUS. INF. 13.1: il trend è calcolato facendo riferimento al 2014. I dati sono completi se nel sistema informativo sono stati inseriti i dati relativi ai controlli svolti per il Piano di Aujeszky per almeno l'80% delle aziende controllabili
- FLUS. INF. 13.2: sono escluse dal calcolo le aziende con 1 suino
- FLUS. INF 15.2: i laboratori devono caricare i dati entro il 31 luglio e 31 gennaio di ciascun anno. Sarà valutata la validazione da parte della regione effettuata entro l'ultimo giorno del mese di febbraio
- FLUS. INF. 16.2: il target di sufficienza ritenuto congruo è il 30 %
- FLUS. INF. 17.2: la determinazione del risultato deve tenere conto di tutte le eccezioni previste dal PNR (per tenere conto dei giorni non lavorativi si considereranno, ai fini del calcolo 20 giorni per la Cat. A e 45 giorni per la Cat. B).
- FLUS. INF. 18.2 : vengono prese in esame esclusivamente gli allerta comunitari. Documentazione e spiegazione di ciascuna valutazione è assicurata agli atti dell'ufficio VIII-DGSAN
- FLUS. INF. 19.1: la data prevista è il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento
- FLUS. INF.19.2 i campi devono essere compilati secondo le linee guida diramate con nota DGISAN n. 11887 del 27 marzo 2013 e s.m.i., rese disponibili anche sul sito web del Ministero della salute. I dati oggetto di valutazione sono quelli riferibili al primo invio effettuato entro 31 marzo 2015.
- FLUS. INF. 20.2: l'ufficio III DGSA valuterà sufficiente se almeno il 90 % dei riconoscimenti condizionati rilasciati nel 1° semestre sono stati trasformati/revocati in definitivi nel 2° semestre; le regioni che rilasciano direttamente il definitivo, in difformità dalle disposizioni previste, saranno valutate insufficienti
- FLUS. INF. 21: scadenza prevista : 28 febbraio 2015 . Per l'anno 2014, si considerano soddisfatti i criteri di copertura e di qualità solo nel caso in cui la risposta soddisfacente riguardi tutti i Servizi regionali competenti (Servizio veterinario e Servizio di igiene degli alimenti e nutrizione)

- FLUS. INF. 22.2: per compilazione completa si intende la compilazione di tutti i campi, e la tabella è comprensiva dei dati relativi a tutte le ASL della Regione, come disposto con nota DGISAN n. 40927-08/10/2013

SCHEMA DI VALUTAZIONE FINALE

SUFFICIENTE	≥ 60% con sufficienza per almeno 4 dei flussi vincolanti oppure valutazione insufficiente ma con trend positivo rispetto all'anno precedente (% in miglioramento) con sufficienza per almeno 4 dei flussi vincolanti
NON SUFFICIENTE	< 60% o comunque con meno di 4 flussi vincolanti sufficienti oppure valutazione insufficiente e con trend negativo rispetto all'anno precedente (% in peggioramento) o con meno di 4 flussi vincolanti sufficienti, o mancato rispetto degli eventuali impegni sottoscritti in sede di Comitato LEA

AAJ.1.3

La Regione dovrà fornire la documentazione attestante la produzione di un “Piano di Azione o una comunicazione di natura equivalente” da parte di ciascuna ASL auditata dall’Ente nel corso dell’anno 2014 al fine di esplicitare le azioni correttive intraprese a seguito delle risultanze degli audit svolti ai sensi dell’art. 4 (6) del Reg. 882/2004.

Sono valutati positivamente anche i Piani di azioni o comunicazioni di natura equivalente prodotti nel primo trimestre 2015 derivanti dall’esecuzione degli audit svolti nel 2014.

Nei prossimi anni si prevede di valutare la comunicazione di chiusura delle non conformità.

AAJ.1.4

La Regione dovrà fornire alle Autorità Competenti la documentazione attestante l’attuazione del programma di audit, prevista dall’art 4 (6) del Reg. 882/2004. Si considera accettabile una attività di audit che:

- abbia coinvolto tutte le autorità competenti, con una copertura territoriale pari o superiore al 20% delle ASL
- ed una copertura del 20% dei sistemi di controllo di cui al “Country Profile Italia” della Commissione europea (ad esclusione dei sistemi di controlli sulle importazioni e salute delle piante).

Resta ferma la possibilità che, al di là degli esiti della certificazione annuale, una Regione debba definire una attività di audit più frequente sulla base dei propri obiettivi e delle criticità riscontrate

Si riportano, per comodità, i Sistemi di controllo di interesse:

- Sistema di controllo della salute animale
- Sistema di controllo degli alimenti di origine animale
- Sistema di controllo dei mangimi e della alimentazione degli animali
- Sistema di controllo delle TSEs e dei sottoprodotti di origine animale
- Sistema di controllo dei farmaci veterinari e residui
- Sistema di controllo degli alimenti e dell’igiene generale
- Sistema di controllo dei fitosanitari e dei loro residui
- Sistema di controllo del benessere animale.

A tal fine la Regione dovrà fornire idonea documentazione (es. stralcio dei rapporti di audit) che attesti gli audit svolti nel 2014, il numero delle ASL oggetto di audit e i relativi sistemi di controllo sottoposti ad audit, al fine di poter valutare l’adeguatezza della copertura territoriale e dei sopraelencati sistemi di controllo.

AAJ.1.5

La Regione dovrà fornire la documentazione con la quale ha definito con chiarezza le responsabilità (chi fa cosa) e le modalità di attuazione della verifica dell'efficacia prevista dall'art 8, paragrafo 3 del Reg. 882/2004. Pertanto, dovrà essere fornita documentazione attestante l'emanazione delle istruzioni operative adottate sul proprio territorio (ad esempio procedure e/o modulistica prodotta o verbali di riunioni di coordinamento e/o supervisione regionali attestanti quanto richiesto). Sono valutati positivamente anche documenti adottati in tempi precedenti.

AAK) LINEE GUIDA PER LA DEMATERIALIZZAZIONE

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

La Regione verrà valutata positivamente se il valore dell'indicatore

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

risulterà maggiore o uguale al 10%.

La valutazione terrà conto della comparazione dell'indicatore rispetto all'anno precedente.

AAL) ALTRI ASPETTI DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA**AAL.1**

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

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

AAL.2

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

La valutazione terrà conto dei dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci, presenti nel NSIS relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

La Regione risulta adempiente se:

- le trasmissioni dei dati sono riferite a tutti i mesi del periodo gennaio-dicembre;
- le trasmissioni dei dati sono riferite a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto nel periodo gennaio-dicembre;
- il costo d'acquisto sostenuto per medicinali autorizzati al commercio in Italia – Classe A corrisponde a quanto riportato nella “Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica” nella relativa riga di dettaglio;
- il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari ad almeno il 90% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre;

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

AAL.3

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

La valutazione terrà conto dei dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali, presenti nel NSIS relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.

La Regione risulta adempiente se:

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

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

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

Sarà oggetto di valutazione per l'anno 2014 l'avvenuta emanazione di specifici provvedimenti per contenere il numero complessivo delle strutture semplici e complesse, ai fini dell'adeguamento agli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la salute 2010-2012.

AAM.1

Le Regioni che non abbiano pienamente adempiuto (inadempienti o adempienti con impegno) nell'anno 2013 devono fornire documentazione che attesti l'avvenuta adozione di provvedimenti/iniziativa specifici per contenere il numero complessivo sia delle strutture semplici che di quelle complesse entro i previsti standard.

AAM.2

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

Le informazioni del Conto Annuale sono inserite dagli enti nel sistema informativo SICO - Sistema Conoscitivo del personale dipendente delle amministrazioni pubbliche, come previsto dalla Circolare adottata annualmente dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (ai sensi del Titolo V del decreto legislativo 30 marzo 2001 n.165).

La suddetta Tabella 1G rileva, al 31 dicembre di ogni anno, il numero delle strutture semplici e complesse, delle posizioni organizzative e delle funzioni di coordinamento, per ciascuna azienda (sanitaria, ospedaliera, ospedaliera universitaria) e IRCCS pubblico e per ciascun ospedale a gestione diretta.

La copertura dei dati della Tabella 1G relativi alle strutture semplici e complesse è verificata attraverso controlli automatici del sistema NSIS, che verifica inoltre la congruenza di tali dati. Il dettaglio dei controlli di congruenza è riportato nel documento “Tab1G specifiche tecniche” pubblicato nella bacheca del portale NSIS.

Il modello di certificazione del Sistema SICO contempla anche la serie di controlli che il sistema NSIS effettua sulla Tabella 1G e pertanto la certificazione dei dati del CA delle Aziende è subordinata anche al superamento dei controlli NSIS.

Le informazioni relative al numero di strutture regionali da Standard, sono compilate a cura del Ministero della Salute facendo riferimento ai parametri standard per le strutture semplici e complesse, approvati dal Comitato LEA il 26 marzo 2012, e ai dati riferiti ai posti letto ospedalieri pubblici (Fonti: modelli NSIS di rilevazione HSP11 e HSP12) e alla popolazione residente (Fonte ISTAT).

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%.

AAN) PIANO PER LA MALATTIA DIABETICA

Le Regioni, qualora non abbiano già provveduto nel 2013, devono recepire l'Accordo del 6 dicembre 2012, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Piano per la malattia diabetica”.

AAO) LINEE DI INDIRIZZO PER LA TELEMEDICINA

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