Ministero della Salute

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

VERIFICA ADEMPIMENTI LEA
ANNO 2014

Maggio 2016

Marche

c) Obblighi informativi

Economici

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato tutti i modelli previsti dall'adempimento in oggetto. Risultano pervenuti gli Allegati 5 e 6 del modello LA e la relativa riconduzione ai livelli di assistenza. Sono state eliminate inoltre le squadrature inizialmente rilevate tra i modell LA e CE e sono stati quadrati i modelli CP.

Statistici

ADEMPIENTE

Si segnala, in via preliminare, che nella verifica degli adempimenti per l'anno 2013 la regione Marche era risultata adempiente con impegno a risolvere le criticità evidenziate sulla copertura e qualità dei dati del flusso informativo T1C bis – Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private).

Per l'anno 2014 la copertura e la qualità dei dati risultano buone; l'impegno per l'anno 2013 può ritenersi superato.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

La regione Marche con un punteggio pari a 192 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Si segnalano tuttavia delle criticità per i seguenti indicatori: 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (già rilevata nel 2013), 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni), 3 Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, 6.3 Contaminanti negli alimenti di origine vegetale (già rilevata nel 2013), 10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti (già rilevata dal 2012), e 10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti (già rilevata dal 2012).

f) Assistenza ospedaliera

F.1

ADEMPIENTE

Dalla base dati nazionale risulta che, a gennaio 2015, la regione Marche ha una dotazione di 5.758 posti letto, pari a 3,71 per 1.000 abitanti, di cui 3,08 per pazienti acuti (4.772 posti letto) e 0,64 per riabilitazione e lungodegenza (986 posti letto). La Regione non ha effettuato la validazione del flusso informativo HSP.12 per l'Azienda 201 "ASUR" in base dati 2015.

La dotazione di posti letto appare in linea con lo standard di riferimento. La Regione deve validare i flussi informativi, come sopra riportato.

F.2

ADEMPIENTE

La base dati nazionale fa osservare, nel triennio di riferimento (anni 2012-2013-2014) un Tasso di Ospedalizzazione totale costantemente ricompreso entro lo standard di riferimento: 146,2 nel 2012, 141,40 nel 2013 e 137,68 nel 2014.

La quota di ospedalizzazione riferita al regime diurno è ricompresa entro il valore del 25% nei tre anni osservati; in particolare è pari al 23,51% nel 2014.

La Regione ha trasmesso la DGR n. 276/2014, inerente iniziative di riordino della rete ospedaliera con particolare riguardo alla riclassificazione degli ospedali e dei relativi ambiti e percorsi assistenziali; tale documento appare in linea con i disposti normativi nazionali di riferimento.

g) Appropriatezza

ADEMPIENTE

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

Si segnalano criticità per i DRG 158, 245, 262 e 268 (vedi tabella allegata).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE

H.1 Monitoraggio ex post

Dai dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 e pervenuti al Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica risulta che la Regione non raggiunge la percentuale di corretta compilazione per "Classe di priorità prestazione".

Nonostante non sia stata raggiunta la soglia del 90% di corretta compilazione dei campi, si è proceduto al calcolo degli indicatori relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (già previsti per l'anno 2013) e ai soli fini informativi RMN Colonna vertebrale, Ecografia ostetrico–ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia, la cui soglia è comunque soddisfacente.

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

H.2 Monitoraggio ex ante

La Regione ha svolto per l'anno 2014 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante. La percentuale di garanzia viene soddisfatta solo per il secondo semestre mostrando comunque un trend decisamente positivo.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

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

Ai soli fini informativi, si è proceduto all'esame dei dati in possesso del Ministero relativamente ai tempi di attesa per intervento chirurgico mammella e intervento chirurgico tumore colon retto. Da fonte "Rapporto SDO anno 2014" risulta che l'attesa media in gg. per intervento Tumore mammella è di 30,8 gg. rispetto la media nazionale di 24,7 gg.; per intervento Tumore colon retto è di 20,1 rispetto alla media nazionale di 21,5 gg.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

La Regione ha effettuato il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

Così come dichiarato dalla Regione, con Decreto n. 72/2014 "Linee di indirizzo regionali per la gestione delle sospensioni delle attività di erogazione" la Regione ha provveduto a fornire indicazioni per fronteggiare le sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

H.5 Monitoraggio PDT complessi

Dall'esame dei dati relativi al monitoraggio dei PDT complessi così come previsto dalle Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi, giugno 2011, risulta che tale attività è stata svolta.

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

La Regione ha compilato la tabella attestante la verifica della presenza della sezione "Liste attesa/tempi attesa" sui siti web delle 4 strutture pubbliche (di cui 1 ASUR articolata in 5 aree vaste).

La Regione viene considerata adempiente; si suggerisce di consolidare le attività di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex post.

l) Controllo spesa farmaceutica

VALUTAZIONE CONGIUNTA TAVOLO ADEMPIMENTI - COMITATO LEA

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

Regione: MARCHE			
SCHEDA PER IL CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI TETTI STABILITI DALLA L. 135/2012			
SPESA FARMACEUTICA ANNO 2014			
TERRITORIALE		**importo in €**	**% su FSN**
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas)	248.065.249	8,65%
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	3.800.392	0,13%
B.2	Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale (fonte AIFA)	4.836.777	0,17%
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	780.996	0,03%
C	Spesa Distribuzione Diretta di fascia A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	88.239.983	3,08%
D	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	27.264.170	0,95%
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	0	0,00%
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte AIFA)	27.264.170	0,95%
E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1	Totale spesa farmaceutica Territoriale	326.887.067	11,40%
F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	2.868.423.236	100,00%
G=F×11,35%	Tetto 11,35%	325.566.037	11,35%
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	1.321.030	0,05%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		#DIV/0!
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
M=E-L	**Totale spesa farmaceutica Territoriale a carico della Regione**	**326.887.067**	11,40%
OSPEDALIERA		**importo in €**	**% su FSN**
N	Spesa farmaceutica delle Strutture Sanitarie Pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini (fonte NSIS - Ministero della Salute)	246.393.185	8,59%
O	Spesa per medicinali di fascia C e C-bis (fonte NSIS - Ministero della Salute)	16.547.911	0,58%
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	2.536.516	0,09%
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	12.367	0,0004%
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	528.046	0,02%
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3	Totale spesa farmaceutica Ospedaliera	138.528.362	4,83%
R=F	Fabbisogno 2014 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	2.868.423.236	100,00%
S=R×3,5%	Tetto 3,5%	100.394.813	3,50%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri Medicinali senza AIC c	1.046.000	0,04%
U	Spesa per plasmaderivati di produzione regionale (fonte CE - Ministero della Salute)	6.114.000	0,21%
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche (fonte AIFA)	0	0,00%
W=Q+O+T+U-V	**Totale spesa farmaceutica Ospedaliera regionale**	**162.236.273**	**5,66%**
X=W-S	Scostamento assoluto a carico della Regione	61.841.460	2,16%

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

La Regione ha provveduto a trasmettere la DGR 141 del 2 marzo 2015, revocando la DGR 649 del 30 maggio 2014, con la quale viene nominato il responsabile dello stato di attuazione della contabilità analitica.

La Regione, inoltre, ha trasmesso una relazione che descrive lo stato di avanzamento dell'adozione della contabilità analitica. Il Sistema informativo amministrativo e del personale (SIA) è attualmente lo strumento adottato a regime per lo svolgimento uniforme da parte delle tre aziende ASUR, AO Ospedali Riuniti Marche Nord e AOU Ospedali Riunti di Ancona, agevolando l'assolvimento dei compiti di programmazione e controllo in capo al Servizio Sanità e delle funzioni di supporto operativo in capo all'Agenzia Regionale sanitaria. Ancora sono in atto miglioramenti relativamente al raggiungimento degli obiettivi come la quadratura COGE-COAN attraverso l'individuazione di azioni che permettono la quadratura contabile di alcuni fattori produttivi. A tale proposito si chiedono chiarimenti in merito a cosa la Regione intenda con tali miglioramenti volti alla quadratura contabile attraverso apposite rilevazioni automatizzate e soprattutto a quanto è ancora in atto per il pieno raggiungimento di tale obiettivo.
Inoltre, si evince che l'Asur in particolare ha previsto interventi per la tenuta della contabilità del personale dipendente e convenzionato prevedendo il 31.12.2015 come scadenza per raggiungere tale obiettivo. La Regione dichiara che entro fine anno 2015 è prevista anche l'automatizzazione di un sistema unico integrato contabile dei ribaltamenti dei costi indiretti. Relativamente alla capacità di effettuare scambi interni, l'ASUR ha programmato l'acquisizione di un software unico per la gestione delle sale operatorie. La scadenza prevista è il 30.06.2016 essendosi verificato un ritardo nell'espletamento della gara. Alla luce di quanto dichiarato e dei miglioramenti messi in atto la Regione viene considerata adempiente.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso le delibere dell'A.O.U. Ospedali riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali riuniti Marche Nord; dell'ASUR e dell'Area vasta dell'Azienda Sanitaria unica Regionale. In base alle predette delibere vengono approvati i contratti dei Direttori Generali nei quali all'art. 8 si prevede la decadenza degli stessi richiamando l'art. 3 bis, comma 7, del decreto legislativo n. 502/92.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi dei Dispositivi Medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, ai sensi del DM 11 giugno 2010 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 79,9% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).
La Regione ha avviato la trasmissione dei dati del flusso contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (Tracciato contratti fase 2).

s) Assistenza domiciliare e residenziale

S.1-S.2
ADEMPIENTE
Il punteggio totale riportato dalla Regione è di 31 punti, così ripartiti:

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

S.3

ADEMPIENTE

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

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

Numero prese in carico attivate SIAD/Numero prese in carico con FLS.21 = 79%

Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico attivate con dimissione nell'anno = 83,73%

Esito: Adempiente

- Tasso di accessi standardizzato per età (per 1000 abitanti): 4,08
- Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura: vedi tabella.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		Totale PIC erogate
N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	N.Pic erogate	Tasso di prese in carico	
3.363	2,18	1.898	1,23	245	0,16	910	3.363	**6.416**

Dati aggiornati all'8.7.2015

S.4

ADEMPIENTE

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

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

Numero assistiti(FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza= 2 (Assistenza Semiresidenziale)= 122,37%

Esito: Adempiente

Numero assistiti(FAR) / Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza= 2 (Assistenza Residenziale)= 114,29%

Esito: Adempiente

- Numero di assistiti (ammissioni attive, cioè pazienti presenti nella struttura nel periodo di riferimento) per 1.000 ab.: 5,50
- Distribuzione degli assistiti per tipo prestazione: vedi tabella.

R1		R2		R2D		R3		TOT ASSISTITI RESIDENZIALI		SR1		SR2		TOT ASSISTITI SEMIRES.		Totale assistiti (*)
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.
295	0,19	3297	2,13	923	0,60	4011	2,60	**8386**	**5,52**	51	0,03	70	0,05	**121**	**0,08**	**8502**

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

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

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che non sono stati adottati provvedimenti che modificano l'adempimento previsto dall'articolo 4, comma 1 , lettera d dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, sulla base

del DGR 1621 del 10 settembre 2002, che ai fini della valutazione dell'adempimento può ritenersi idonea.
Sono stati previsti, inoltre, con DGR 709 del 9.06.2014 gli aggiornamenti delle nuove tariffe dei ricoveri ospedalieri per acuti, lungodegenza, riabilitazione e per le prestazioni transitate in regime ambulatoriale degli erogatori pubblici e privati accreditati, elencate nell'allegato A. In base alla delibera citata si prevede un abbattimento del 60% per i ricoveri in lungodegenza oltre il valore soglia.
Inoltre, si precisa che le nuove tariffe per i ricoveri ospedalieri sono state applicate a partire dal 01.01.2014 ad eccezione dei ricoveri in lungodegenza e riabilitazione per i quali sono applicate a partire dal 01.07.2014.

u) Prevenzione

ADEMPIENTE
Il valore dell'adempimento per la regione Marche risulta pari a 96 (vedi tabella allegata).

v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario

ADEMPIENTE
La regione Marche per l'anno 2014 ha fornito le informazioni richieste.
Ha indicato le risorse finanziarie utilizzate dalla Regione in favore delle Aziende del SSR nel 2014 per la formazione continua del personale sanitario, i provider accreditati e il numero delle attività formative svolte.
Per quanto riguarda il Piano formativo regionale ha indicato gli estremi del provvedimento (DGRM n. 774 del 28.05.2013) con cui è stato approvato il piano di formazione regionale conseguente al piano socio-sanitario regionale 2012-2014, allegato al Questionario 2012.
Inoltre, con nota prot. 7652 del 31 luglio 2015 la Regione ha dichiarato che è stato modificato il tracciato regionale per consentire ai provider il completamento della trasmissione dei dati dei partecipanti agli eventi formativi al CoGeAPS, adeguandosi alla normativa in materia. La regione Marche fa riferimento alla relazione prot. 6126 del 2.07.2014, allegata al Questionario 2013, con cui descrive le modalità di gestione delle verifiche e dei controlli di competenza dell'Osservatorio regionale. A tal proposito si segnala l'importanza di avviare le attività di tale Organismo.

x) Implementazione Percorsi Diagnostico Terapeutici

ADEMPIENTE
La Regione ha individuato e adottato numerosi PDTA sia in ambito ospedaliero che territoriale. Con Delibera n. 265 del 17.11.2014 ha fornito indicazioni per la predisposizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Piani integrati di cura (PIC).
La Regione dichiara di svolgere il monitoraggio dei PDTA in funzione della Delibera n. 265 sopra citata.
La Regione risulta adempiente; si resta in attesa di un riepilogo degli "atti formali" dei PDTA adottati e di acquisire in seguito le risultanze di quanto previsto dalla DGR 265/2014.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE CON IMPEGNO
La Regione dichiara di garantire prestazioni aggiuntive in diverse aree assistenziali; trasmette con nota del 29 settembre 2015 il provvedimento ricognitivo sui livelli essenziali aggiuntivi erogati con l'indicazione dei relativi finanziamenti per un totale di € 1.486.609,87.
Nella nota si specifica, altresì, che i costi sostenuti dalle Aziende sanitarie, indicati nell'Allegato 5 al modello LA, relativi ad una serie di prestazioni indicate (tra le quali non sono incluse quelle

aggiuntive di cui sopra e che, invece, risultano appunto dal modello LA), sono corrispondenti a prestazioni non finanziate da contributi regionali (€599.000).
Dall'Allegato 5 al modello LA risultano erogate le seguenti prestazioni per un totale di € 2.819.000:

- vacc. non obbl. per soggiorni estero
- certificazioni mediche
- medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale
- laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia
- assegno di cura
- ausili tecnici non in nomenclatore tariffario, materiale d`uso e di medicazione
- prodotti aproteici
- farmaci di fascia C per persone affette da malattie rare
- rimborsi per spese di viaggio e soggiorno per cure
- prestazioni ex ONIG a invalidi di guerra
- altre prestazioni escluse dai Lea - altro.

In seguito ad una richiesta informativa, con nota del 18 novembre 2015, la Regione invia un nuovo provvedimento ricognitivo.
Nel primo prospetto del provvedimento sono indicati, per ciascun livello aggiuntivo, l'importo del finanziamento (per un totale di € 1.486.609,87) e l'importo risultante dal modello LA (per un totale di € 1.228.000).
La Regione riconferma, inoltre, che alcune prestazioni indicate nel modello LA (riportate nel secondo prospetto del provvedimento ricognitivo ed ulteriori rispetto a quelle indicate nel primo prospetto) "non sono finanziate da contributi regionali". Si tratta, in particolare, di prestazioni erogate per un totale di € 840.000.
A quest'importo vanno aggiunti € 826.285,30 relativi al costo sostenuto dalle Asl (ed indicato nel modello LA) per pagamento di assegno di cura anno 2014.
La Regione, dunque, dichiara che nel modello LA sono state inserite prestazioni per un totale di € 2.894.285,3.
Nel modello LA aggiornato, risultano effettivamente, erogate prestazioni per un totale di € 2.894.000.
In seguito alla richiesta di chiarimenti in ordine alle previsioni normative ed alle fonti di finanziamento dei livelli aggiuntivi indicati nel secondo prospetto del provvedimento ricognitivo per un totale di € 840.000, la Regione ha trasmesso una nota del 9 dicembre 2015, con la quale fornisce i chiarimenti richiesti in ordine alla fonte di finanziamento delle prestazioni indicate nel secondo prospetto del provvedimento ricognitivo (€ 840.000).
La Regione, in particolare, dichiara che le prestazioni di cui sopra sono finanziate dal "privato pagante".
La Regione viene considerata adempiente con impegno a compilare correttamente i modelli LA eliminando le prestazioni non riconducibili a livelli ulteriori, quali quelle con oneri a carico dell'assistito (privato pagante).

ah) Accreditamento istituzionale

ADEMPIENTE
La regione Marche dichiara di aver recepito l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, con DGRM n. 1065 del 15.07.2013.
La Regione ribadisce "la conclusione dell'unica procedura che risultava ancora pendente relativamente al rilascio dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private". Per quanto riguarda i servizi trasfusionali e le unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti, la Regione chiarisce che "è stato pressoché completato il processo di autorizzazione e di accreditamento delle strutture private e pubbliche".
E' in corso di definizione la procedura relativa all'ultima struttura rimasta.

La Regione ha inoltre avviato una prima attività di aggiornamento dei propri manuali relativi all'accreditamento secondo le risultanze dell'Intesa del 20 dicembre 2012.
Si chiedono chiarimenti sull'iter riguardante la struttura ancora non definita.

aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso la scheda relativa alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali dichiarando che alla data del 31 dicembre 2014 non erano in corso, né avviate o concluse sperimentazioni gestionali.
Con riferimento alla sperimentazione tra ASUR-Area Vasta n.1 e Società Montefeltro Salute s.r.l., ad integrazione della documentazione già trasmessa per l'anno 2013, la Regione ha trasmesso due atti normativi in merito alla valutazione di inserimento a regime ordinario delle prestazioni sanitarie rese nel contesto della sperimentazione gestionale.

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

ADEMPIENTE
La Regione ha indicato ed allegato gli atti normativi che regolamentano la riorganizzazione della rete laboratoristica, pubblica e privata, ed il service di laboratorio.
In merito alla medicina di laboratorio ha risposto a tutti i quesiti; ha inoltre inviato una nota integrativa al fine di fornire informazioni in merito al ritardo del processo di aggregazione dei laboratori privati. Infine, ha fornito una relazione illustrativa dello stato dell'arte del processo di riorganizzazione al 31 dicembre 2014.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE
La regione Marche in data 10 giugno 2015 ha trasmesso il Report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2014, le Tabelle 1 e 2 previste dalla Circolare Mds n. 5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche".
In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10% dei controlli, nella Tabella 1 dichiara di eseguire, per le strutture pubbliche, 21.746 controlli, pari al 10,40% del totale mentre, effettua per le strutture private accreditate 3.867 controlli, pari al 12,88%; delle cartelle controllate non sono state confermate il 16,93% delle cartelle per le strutture pubbliche ed il 11,95% per le strutture private accreditate.
In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009) la Regione complessivamente assicura per le strutture pubbliche e per le strutture private una percentuale di controlli pari ad almeno il 2,5% della totalità delle cartelle cliniche.
Per quanto riguarda il dettaglio dell'impatto economico dei controlli sanitari e le misure adottate, la regione invia una relazione dettagliata CVPS (Controllo e Verifica Prestazioni Sanitarie) dell'ASUR.

ao) Cure palliative

AO.1
ADEMPIENTE
In via preliminare si evidenzia che, in sede di verifica 2013, la regione Marche era stata considerata adempiente con impegno a provvedere, nell'ambito della rete di terapia del dolore, all'identificazione dei centri Hub & Spoke e delle relative prestazioni erogate.

In riferimento all'anno 2014, con riguardo alla istituzione della rete assistenziale palliativa si segnala che la stessa risultava già istituita formalmente in sede di verifica 2013.
Si considerano esaustive la modalità divulgative via web adottate dalla Regione; si chiede di conoscere se siano previste iniziative volte ad omogeneizzare i contenuti informativi dei siti aziendali.
In riferimento alla formazione degli operatori sulla rete assistenziale palliativa in considerazione che il piano di formazione è stato sviluppato ed adottato nell'anno 2013, si chiede un aggiornamento sullo stato dell'arte.
In relazione alla tabella degli indicatori si evidenzia che, pur permanendo alcuni scostamenti rispetto allo standard di riferimento, questi risultano sostanzialmente in linea con gli standard di riferimento.
Con riguardo alla formale istituzione della rete di terapia del dolore, si è presa visione della DGRM 325/2015 recante "Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale della terapia del dolore" che, tuttavia, si chiede alla Regione di individuare con chiarezza le strutture aventi ruolo di Hub e di Spoke nell'ambito della rete di terapia del dolore.
Nel mese di ottobre 2015 la Regione trasmette documentazione intagrativa, fornendo i chiarimenti richiesti.
La Regione viene considerata adempiente; parimenti, si considera superato l'impegno per l'anno 2013.

AO.2

ADEMPIENTE
Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Hospice relativi all'anno 2014 presenti in NSIS, risulta quanto segue.
Indicatore di completezza per ASL

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

- N. strutture invianti dati Hospice/N. di strutture presenti su STS.11: 6/6 (100%).

AO.3

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso la documentazione inerente le disposizioni alle aziende per la rilevazione del parametro "dolore" in cartella clinica. La Regione risulta avere ottemperato agli adempimenti evidenziati nella tabella relativa al percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE
La Regione ha dimesso dagli OPG una percentuale di pazienti pari al 100% e ha formalmente approvato il programma per l'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 3-ter della Legge n. 9/2012 e s.m.i.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE
La Regione ha trasmesso in data 30 settembre 2015 Il Questionario compilato nella sezione dedicata al Rischio clinico. Dagli elementi forniti la Regione risulta adempiente per il Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali, la Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici, la Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti e il Monitoraggio dell'adozione della Checklist in sala operatoria. Si fa presente che per quanto riguarda la Prevenzione delle cadute e il Monitoraggio degli eventi sentinella tramite SIMES la Regione ha inviato documentazione riferita all'anno 2015 e non all'anno 2014.

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

VALUTAZIONE TAVOLO ADEMPIMENTI

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione non aveva inizialmente fornito gli indicatori di performance dei sistemi CUP per l'anno 2014 come definiti nelle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.
Successivamente, con la trasmissione di documentazione integrativa, ha fornito le informazioni richieste.

aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM

ADEMPIENTE

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

Indicatore di coerenza con il modello STS.24

Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM/Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) + Numero utenti rilevati con modello STS.24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica) : 230,18%
Esito: Adempiente.
Si riscontra un parziale invio di dati STS.24 che comporta un notevole disallineamento con la fonte SISM.

Indicatore di qualità

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

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

Diagnosi non psichiatrica	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Mania e disturbi affettivi bipolari	Depressione	Sindromi nevrotiche e somatoformi	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Demenze e disturbi mentali organici	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale
19	4514	1510	5127	3544	2118	152	408	199	220	17811

aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti relativi all'anno 2014 presenti nel NSIS, risulta quanto segue.

Indicatore di coerenza

Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014/Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2013: 127,8%
Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore/totale record inviati: 95,9%

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

Esito: Adempiente

- Soggetti primo trattamento/Soggetti presi in carico dal sistema (*1000 abitanti): 627
- Numero di SerT/popolazione (*100.000 abitanti): 0,90

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE

ADEMPIENTE

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

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

La Regione ha effettuato 12 visite di verifica su 12 Servizi Trasfusionali, rilasciando i decreti di autorizzazione, e 53 visite di verifica su 54 Unità di Raccolta, rilasciando i decreti di autorizzazione. Sono state autorizzate 47 UdR e accreditate 8.

La Regione ha inoltre definito il programma annuale per l'autosufficienza regionale del sangue e dei suoi prodotti, anno 2014, con propria delibera regionale.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

La regione Marche, come evidenziato dai dati rilevati a cura del Ministero (CEDAP e modelli NSIS HSP.11 - Dati anagrafici delle strutture di ricovero e HSP.11 bis - Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero), ha tuttora un solo PN, quello di Fabriano, il cui volume di parti si attesta al di sotto dei 500/anno e la cui persistenza viene giustificata dalla Regione con la presenza di difficoltà logistiche legate alla viabilità che rendono disagevole il raggiungimento di altri Punti nascita.

La Regione, come attestato dalla documentazione inviata, ha provveduto alla costituzione dei Comitati percorso nascita aziendali sulla base della propria organizzazione.

Tutto ciò premesso, la Regione è considerata adempiente, rappresentando, tuttavia, che, nel caso in cui la regione Marche dovesse continuare a mantenere in attività il PN di Fabriano, dovrà, con istanza motivata, richiedere il parere del Comitato Percorso Nascita Nazionale.

aag) Emergenza-urgenza

AAG.1

La Regione conferma per l'anno 2014 le informazioni relative all'assetto del sistema di Emergenza/Urgenza ospedaliero, articolato su 4 Aziende sanitarie di cui 1 sola ASL (ASUR) a sua volta articolata in 5 aree vaste, 1 AOU, 1 Az. Ospedaliera e 1 istituto nazionale per anziani, distinto per complessità dei Presidi ospedalieri in 1 DEA di II livello, 12 DEA di I livello, 28 PS e 12 Punti di Primo Intervento ospedalieri e territoriali.

A livello territoriale sono confermate le 4 Centrali Operativa che nel corso del 2014, a seguito dell'istituzione dell'ASUR, sono state individuate come Unità Operative complesse nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale dell'Azienda. Non viene indicata alcuna ipotesi di riduzione del numero delle CO 118.

Sono ancora in corso le attività relative alla riorganizzazione funzionale e strutturale della rete delle postazioni di soccorso territoriale, l'integrazione funzionale con il servizio di Continuità assistenziale e la riorganizzazione dello stesso, anche in attuazione di quanto previsto dall'Accordo del 7 febbraio 2013. A tal proposito la regione fornisce il cronoprogramma delle iniziative previste.
In merito al Servizio di Elisoccorso la Regione, che dispone di due aeromobili, informa di aver stipulato un Protocollo di intesa, approvato con DGR 147/2014, con la regione Umbria per regolamentare l'utilizzo dell'elisoccorso con base a Fabriano nell'ambito delle due Regioni.
In riferimento alle reti ad alta complessità tempo dipendenti, la Regione ribadisce anche per il 2014 che, essendo in atto la graduale implementazione dell'attività, non ha ancora effettuato il monitoraggio e che i risultati saranno trasmessi appena disponibili.

Con successivo invio, la Regione ha confermato la maggior parte dei dati già inviati.
E' necessario tuttavia acquisire ad integrazione anche informazioni su:

- lo stato di avanzamento della riorganizzazione delle postazioni territoriali del 118 e del servizio di Continuità assistenziale
- i risultati dei monitoraggi effettuati per la verifica dell'efficacia dei percorsi delle reti delle patologie tempo dipendenti
- l'attività svolta nell'ambito del servizio di elisoccorso, alla luce del protocollo stipulato con la regione Umbria (interventi primari e secondari).

AAG.2

ADEMPIENTE

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

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

N. di accessi calcolati con EMUR-PS/ N. accessi calcolati con HSP.24: 100,58%
Esito: Adempiente

Indicatore qualità

N. record con comune residenza correttamente valorizzato/totale record inviati: 99,24%
Esito: Adempiente

- Numero accessi in PS per 1000 residenti: 340,97
- Distribuzione degli accessi in emergenza rispetto al triage in ingresso e al livello di appropriatezza dell'accesso: vedi tabelle.

Accessi EMUR PS per triage all'accesso - anno 2014												**Totale**
B		**V**		**G**		**R**		**N**		**X**		
44776	8,50%	320591	60,85%	117455	22,29%	9840	1,87%	438	0,08%	33754	6,41%	**526854**

Accessi EMUR PS per i livelli di appropriatezza dell'accesso - anno 2014												**Totale**
B		**Totale**		**G**		**R**		**N**		**N.A.**		
73502	13,95%	355001	67,38%	67123	12,74%	7023	1,33%	554	0,11%	23651	4,49%	**526854**

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

Indicatore di coerenza

N. di interventi al 118 anno 2014/N. di interventi al 118 anno = 97,75%
Esito: Adempiente

Indicatore di qualità

data/ora inizio chiamata corretta = 100%
data/ora arrivo mezzo di soccorso = 96,57%
Esito: Adempiente.

AAG.3

ADEMPIENTE

L'indicatore n. 21 della griglia LEA "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso" presenta un valore pari a 17 (valore normale <=18; valore con scostamento minimo accoglibile 19-21), lo stesso dell'anno 2013.

aah) Cure primarie

Prosegue il processo di riorganizzazione delle Cure Primarie che, sulla scorta degli AAIIRR relativi agli anni 2007, 2009 e 2011, ha visto l'istituzione delle Equipe Territoriali, l'adesione alle quali è obbligatoria per la totalità dei MMG e dei PLS. Attualmente nell'Azienda Unica Regionale sono operanti n. 56 Equipe territoriali di cui 41 con la presenza di 183 Pediatri di Libera Scelta (PLS) e degli specialisti ambulatoriali (MSA). Le Equipe Territoriali sono caratterizzate da una organizzazione funzionale autonoma che, nella condizione organizzativa di base (monoprofessionale) è riconducibile alle AFT mentre nelle forme più avanzate dell'associazionismo (medicina di gruppo) potranno costituire le UCCP. Infatti con la DGR 452/2014 la Regione prevede vari livelli di strutturazione, a seconda delle esigenze assistenziali dei cittadini e del territorio di riferimento, nonché delle risorse disponibili, che vanno, dalle forme meno strutturate (monoprofessionale) a quelle con strutturazione maggiore (medicina di gruppo) a quelle con la massima strutturazione (sociassistenziale) come le Case della Salute. Nel corso dell'anno 2014 sono state attivate ulteriori 10 Case della Salute rispetto alle 11 già operanti nel 2013. E' inoltre prevista la realizzazione di altre 13 Case della salute derivanti dal processo di riconversione di altrettanti piccoli ospedali, come indicato nella DGR 735/2013, fino ad un totale complessivo di 36/39 strutture nel triennio 2014-2017. La Regione fornisce altresì l'elenco dei principali servizi attivati nell'ambito di ogni Casa della Salute per garantire la continuità assistenziale (PUA e Ambulatori CA). Allo stato attuale non sono state costituite le UCCP anche se riconducibili al modello Casa della Salute, ed è stato definito il modello organizzativo delle Cure Intermedie basato su nuclei residenziali che rappresentano un punto di snodo fondamentale nella Continuità assistenziale. Relativamente agli indicatori richiesti risulta che il 100% dei MMG partecipa alle AFT.
Dalla nota pervenuta si evincono sia i riferimenti degli atti formali di programmazione relativi all'istituzione delle AFT e del modello organizzativo Casa della Salute (DGR 735/2013) che lo stato di attuazione del processo di riorganizzazione delle Cure primarie avviato.

aai) Riabilitazione

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione ha inviato la documentazione relativa ai report delle attività di ricovero 2014 per i pazienti con frattura del femore, ictus, carcinoma mammario, artoprotesi del ginocchio e dell'anca.
Relativamente ai dati degli indicatori di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni di ricovero ospedaliere, vedere tabella allegata.
La Regione presenta per l'indicatore di inappropriatezza clinica nell'anno 2014 un posizionamento negativo percentuale al di sopra del valore medio nazionale e un trend in peggioramento.

Per l'indicatore relativo alle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza, presenta un posizionamento negativo rispetto al valore Italia e una variazione negativa nel triennio 2012-2014.
Per quanto riguarda l'indicatore dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa, la Regione presenta un posizionamento al di sotto del valore medio nazionale e un trend in miglioramento nel triennio.
La Regione trasmette documentazione integrativa, in particolare la nota prot. 12202/2015 in cui vengono riportati gli obiettivi sanitari degli enti del SSR delle Marche per l'anno 2015. Negli obiettivi sono stabilite per tutte le aziende le linee guida per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri in riabilitazione, sia per quanto riguarda le riduzione della percentuale di giornate di degenza potenzialmente inefficienti sia per garantire una maggiore appropriatezza delle prestazioni di riabilitazione in regime di ricovero.
Pertanto, riscontrato l'impegno in materia di appropriatezza delle prestazioni di riabilitazione, la Regione si può ritenere adempiente con l'impegno a perseguire con azioni incisive al raggiungimento degli obiettivi 2015.

aaj) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

ADEMPIENTE
La regione Marche risulta sufficiente per 5 items su 5.
Per gli indicatori di performance si riscontra in particolare un livello di attività insoddisfacente per i controlli sanitari svolti sugli alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione e per il controllo dei residui fitosanitari. Per i flussi informativi veterinari ha conseguito un buon livello di adempienza con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione (sufficiente con un punteggio pari al 86% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6). In proposito si segnala un livello insufficiente per le attività di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte nonché della percentuale dei campioni svolti dal Piano Nazionale per la ricerca dei Residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (PNR).

aak) Linee Guida per la dematerializzazione

ADEMPIENTE
L'indicatore "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini" è pari a 36,7%, costante rispetto al 2013.
La Regione in data 13.11.2015 ha inviato alcune integrazioni in merito alla modalità di rilevazione del suddetto indicatore per l'anno 2014, rispetto a quanto rilevato per l'anno 2013.
Dall'analisi di detta documentazione e sulla base di chiarimenti forniti per le vie brevi, si ritiene il valore dell'indicatore per l'anno 2014 in miglioramento rispetto all'anno precedente.

aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

AAL.1
SI RINVIA AL PUNTO L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA
La regione Marche ha operato un'allocazione delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tale da far registrare un andamento variabile dell'incidenza complessiva della propria spesa farmaceutica sul fabbisogno sanitario regionale (FSR) nel corso degli ultimi 4 anni. Nonostante i risultati raggiunti sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale, la regione Marche ha ancora importanti margini di miglioramento nel governo della propria spesa farmaceutica regionale rispetto al finanziamento programmato in corrispondenza del 14,85% del FSR (18,01% al lordo della "quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci" nel 2013), a causa di una spesa ospedaliera che, in proporzione, risulta tra le più elevate in Italia. La valutazione è stata condotta sulla base dei dati contenuti nella Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica.

L'incidenza della spesa farmaceutica territoriale sul FSR è rimasta sostanzialmente invariata nel corso del 2014 rispetto all'anno precedente, nonostante le diverse deliberazioni emanate in questo ambito assistenziale; le azioni intraprese dalla regione Marche nel corso del 2014 riguardano le disposizioni relative alla promozione dell'appropriatezza e razionalizzazione d'uso dei farmaci e relativo monitoraggio.
E' stata promossa l'incentivazione all'uso dei farmaci con brevetto scaduto e all'utilizzo dei farmaci biosimilari, in ambito reumatologico, gastro-enterologico e dermatologico.
Sono, inoltre, state dettate le disposizioni per l'individuazione di Centri autorizzati alla prescrizione di specifici principi attivi (medicinali con PT), oltre alla gestione e alla prescrizione di medicinali ad alto costo, quali l'Ormone Somatotropo, farmaci oncologici e la nuova terapia per l'epatite cronica C.
La Regione ha nominato le Commissioni regionali per l'appropriatezza terapeutica (CRAT) e di Area Vasta (CTAV), definendo la composizione, le competenze e la durata delle nomine.
Per quanto concerne il rinnovo del protocollo per la Distribuzione per conto con la filiera distributiva, il corrispettivo per il servizio è stato stabilito in 3,50 euro per confezione, incrementato di 0,50 per le farmacie rurali sussidiate.
La Regione non ha fornito alcuna valutazione dell'impatto economico osservato derivante dall'applicazione di tali atti regionali.
Sul versante dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, la regione Marche, nonostante nel corso del 2014 mostri in questo ambito assistenziale una spesa che si attesta intorno ai 138 milioni di euro, in riduzione rispetto al 2013 (140 milioni di euro), ha fatto registrare un'incidenza percentuale della spesa sul FSR tra le più elevate in Italia, lasciando ancora importanti margini di miglioramento nella gestione di questo capitolo della spesa farmaceutica regionale.
La regione Marche si è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero di livello regionale aggiornato con cadenza semestrale nel 2014, trasmettendolo all'AIFA.
Infine, la regione Marche ha garantito un rapido accesso ai medicinali innovativi di recente autorizzazione, in linea con la media delle altre Regioni italiane.
Nonostante i rilevanti sforzi di governo dell'assistenza farmaceutica regionale, l'obiettivo di pareggio della spesa farmaceutica rispetto ai tetti è ancora molto distante.

AAL.2

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 93% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).
Il costo d'acquisto trasmesso con Tracciato Fase 3 risulta pari al 95,5% del costo d'acquisto totale nel periodo gennaio-dicembre 2014.

AAL.3

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri di medicinali relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.
Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie, per tutti i mesi del periodo indicato.
La spesa rilevata attraverso il Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre il 93% dei costi rilevati dai Modelli di Conto Economico (voci B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati).

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

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato la DGRM n. 423 del 07.04.2014 schema di protocollo d´intesa tra la Giunta regionale, gli enti del Servizio Sanitario Regionale e le Organizzazioni sindacali dell´area della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, la DGRM n. 1219 del 27.10.2014 concernente il riordino delle reti cliniche e la deliberazione n.551 del 17.4.2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture.

Inoltre la Regione trasmette copiosa documentazione già allegata per le verifiche 2012 e 2013.

La regione Marche ha integrato i dati della tabella 1G per le strutture che inizialmente risultavano non pervenute.

Si riportano (vedi tabella):

- i dati riferiti al numero di strutture complesse, ospedaliere e non ospedaliere, previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- i dati riferiti al numero di strutture semplici previste ed assegnate, elaborati dalla Tabella 1G del Conto annuale SSN al 31 dicembre 2014
- il numero delle strutture complesse ospedaliere secondo lo standard, elaborato in riferimento ai posti letto ospedalieri pubblici (4.858 PL) attivi al 1° gennaio 2014
- il numero delle strutture complesse territoriali secondo lo standard, elaborato in riferimento alla popolazione residente (1.553.138 ab.) nella regione Marche per l'anno 2014 (Fonte ISTAT)
- il numero delle strutture semplici secondo lo standard.

Tipologia di incarico	N. Strutture regionali da Standard	Anno 2014	
		Numero strutture assegnate	Numero strutture previste
Strutture complesse ospedaliere	278	277	431
Strutture complesse non ospedaliere	170	109	155
Strutture semplici (incluse le strutture semplici a valenza dipartimentale)	586	736	948

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

Dai dati risulta che la Regione per le strutture previste risulta sovradimensionata rispetto allo standard con un eccesso di strutture complesse ospedaliere pari a 153 e di strutture semplici pari a 362.

Si invita la Regione a procedere per le suddette strutture previste ad un allineamento agli standard nazionali.

aan) Piano per la malattia diabetica

ADEMPIENTE

La Regione ha dichiarato già per la verifica 2013 di aver recepito l'Accordo del 6 dicembre 2012, ai sensi dell'articolo 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano per la malattia diabetica".

aao) Linee di indirizzo per la telemedicina

ADEMPIENTE

La regione con DGR n.1034 del 15 settembre 2014 ha recepito il documento: “Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali”, sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014.

Obblighi informativi statistici - Copertura dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2	RISPOSTA	VALUTAZIONE 0/2	RISULTATO	NOTE
1	Rilevazione CEDAP	3	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento	100,00%	2	6,0	
2	Mod. FLS.11	2	%ASL che hanno inviato il modello FLS.11 (quadro F), rispetto al totale delle ASL della Regione	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	100,00%	2	4,0	
3	FLS.12	2	%ASL che hanno inviato il modello FLS.12 (quadri E, F) , rispetto al totale delle ASL della Regione	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	100,00%	2	4,0	
4	HSP.11/12	2	%modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
5	HSP.11/13	2	%modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%	100,00%	2	4,0	
6	HSP.14	0,5	% modelli HSP.14 inviati rispetto alle strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e private accreditate che hanno segnalato la presenza di apparecchiature	< 75% o (75-99)% senza miglioramento	=100% o (75-99)% con miglioramento	100,00%	2	1,0	
7	FLS.21	2	farmac. convenz.: %ASL che hanno inviato i dati del quadro G del modello FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg.; per i dati dell'assist. domiciliare: %ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS.21 rispetto al totale delle ASL della Reg. che hanno dichiarato l'attivazione del Servizio di ADI nel quadro F del modello FLS.11	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	100,00%	2	4,0	
8	Tabella 1C.BIS	1	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella 1C bis rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>= 95%	100,00%	2	2,0	

9	RIA.11	1,5	% modelli RIA.11 per i quali sono valorizzati i dati del quadro H relativo ai dati di attività, rispetto al #Modelli RIA.11 per i quali il quadro F relativo ai dati di struttura contiene # posti letto > 0.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	100,00%	2	3,0	
10	STS.14	0,5	% modelli STS.14 inviati rispetto alle strutture in STS.11 che hanno segnalato la presenza di apparecchiature	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	100,00%	2	1,0	
11	STS.21	1,5	%modelli STS.21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza special. territoriale	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	100,00%	2	3,0	
12	STS.24	2	% modelli STS.24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza res.o semires.	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	100,00%	2	4,0	
13	HSP.24	0,5	% modelli HSP.24 pervenuti per almeno un mese con quadro G (nido) o M (Nati immaturi) valorizzati, rispetto al numero dei modelli HSP.24 attesi	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento	100,00%	2	1,0	
14	Dati SDO	3	media pesata di % copertura istituti (peso = 0.75) e % coerenza SDO-HSP (peso = 0.25) $x = 0{,}75 \cdot \frac{istituti_rilevati}{istituti_censiti} \cdot 100 + 0{,}25 \cdot \left(1 - \frac{SDO_stabilimento_errato}{totale_SDO}\right) \cdot 100$	< 98%	>= 98%	100,00%	2	6,0	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	percentuale campi compilati (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) $x = 0{,}1 \cdot + \frac{SDO_con_compilazione_livello_di_istruzione}{totale_SDO} \cdot 100 + 0{,}3 \cdot \frac{SDO_con_compilazione_data_prenotazione}{totale_SDO} \cdot 100 + + 0{,}3 \cdot \frac{SDO_con_compilazione_classe_priorità}{totale_SDO} \cdot 100 + 0{,}3 \cdot \frac{SDO_con_compilazione_causa_esterna}{totale_SDO} \cdot 100$	< 95%	>= 95%	97,88%	2	1,0	
16	Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2015 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	2	2,0	
		25						**50,0**	**ADEMPIENTE**

Obblighi informativi statistici - Qualità dei dati NSIS

N.	Fonti Informative	Peso	Criterio di valutazione	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2	PUNTEGGIO	VALUTAZIONE	RISULTATO	NOTE
1	Rilevazione CEDAP	3	Percentuale di schede parto che presentano dati validi per tutte le seguenti variabili: età della madre (calcolata in base alla data di nascita della madre ed alla data del parto); modalità del parto; presentazione del neonato; durata della gestazione.	< 75%	>= 75% e < 95%	>= 95%	**99,42%**	**2**	**6,0**	
2	Mod. FLS.11	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
3	FLS.12	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	

4	HSP.11/12	2	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	**2,00**	**2**	**4,0**	
5	HSP.11/13	2	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	**2,00**	**2**	**4,0**	

6	HSP.14	0,5	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 30% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione)	**2,00**	**2**	**1,0**	
7	FLS.21	2	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	Punteggio Regione <1 oppure(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1<=Punteggio Regione <1,3 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale) oppure (1,3<=Punteggio Regione <2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 30% della popolazione regionale)	(1,3<=Punteggio Regione <= 2 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% della popolazione regionale)	**2,00**	**2**	**4,0**	
8	Tabella 1C bis	1	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**2,00**	**2**	**2,0**	

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

11	STS.21	1,5	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**2,00**	**2**	**3,0**	
12	STS.24	2	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2	**2,00**	**2**	**4,0**	
13	HSP.24	0,5	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP.24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	Punteggio Regione <1,30	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,30	**2,00**	**2**	**1,0**	

14	Dati SDO	3	Media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate $x = 0{,}1 \cdot \frac{SDO_comune_residenza_errato}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0{,}05 \cdot \frac{SDO_usl_residenza_errata}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0{,}1 \cdot \frac{SDO_data_ricovero_errata}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0{,}1 \cdot \frac{SDO_data_dimissione_errata}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0{,}2 \cdot \frac{SDO_diagnosi_principale_errata}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0{,}1 \cdot \frac{SDO_diagnosi_secondaria_errata}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0{,}05 \cdot \frac{SDO_data_intervento_principale_errata}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0{,}2 \cdot \frac{SDO_intervento_principale_errato}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0{,}1 \cdot \frac{SDO_intervento_secondario_errato}{totale_SDO} \cdot 100$	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate > 0,01% e <= 0,03%	media pesata errori riscontrati (residenza, date, diagnosi, procedure) sul totale schede inviate <= 0,01%	**0,004%**	**2**	**6,0**	
15	Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)	0,5	Percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) $x = 0{,}1 \cdot + \frac{SDO_con_livello_di_istruzione_valido}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0{,}3 \cdot \frac{SDO_con_data_prenotazione_valida}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0{,}3 \cdot \frac{SDO_con_classe_priorità_valida}{totale_SDO} \cdot 100 +$ $+ 0{,}3 \cdot \frac{SDO_con__causa_esterna_valida}{totale_SDO} \cdot 100$	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) < 80%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 80% e < 90%	percentuale campi validi (media pesata dei valori dei quattro nuovi campi) >= 90%	**95,86%**	**2**	**1,0**	
16	Screening oncologici	1	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti		Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti	**Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti**	**2**	**2,0**	
		25							**50,0**	**BUONA**

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

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

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

1		**Obblighi informativi e Indicatori**		**Peso**	**Risultato**	**Risultato*peso**	**NOTE**
1	1	2	copertura dati NSIS	2	**2**	**4**	
1	2		qualità delle informazioni NSIS	2	**2**	**4**	
						8	**ADEMPIENTE**

Tabella appropriatezza

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

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

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

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

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

Tabella prevenzione

Indicatore	Valore osservato	Punteggio
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	97,6%	20
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	82,1%	20
U.3 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	22,38%	41
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	5,30%	15
Valore di U = Somma dei punteggi		**96**

Tabella riabilitazione

	2012	Valore medio nazionale 2012	2013	Valore medio nazionale 2013	2014	Valore medio nazionale 2014
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica	11,5	13,5	10,8	13,5	12,6	12,0
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa	8,9	10,5	7,2	10,0	4,2	9,9
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza	10,9	9,1	9,4	7,7	10,4	6,6

Sanità veterinaria e alimenti - Indicatori di performance

N.	Definizione	Punteggi di valutazione			
		Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
1	**MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO** - percentuale di allevamenti controllati per **TBC bovina** e trend della prevalenza	**≥ del 99,9% dei controllati e conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende < 0,1%**	Controlli effe+D5:E8+D5:F6ttuati <99,9% e ≥98% e inoltre uno dei seguenti casi: - prevalenza delle aziende <0.1% - prevalenza compresa tra 0,1% e 0,3% ma con trend in diminuzione - Regioni con controlli >99,1% ma prevalenza > 0,1% o in aumento.	Controlli effettuati <98% e ≥96% (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure controlli ≥98% e <99,9% dei controllati e prevalenza in aumento.	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza nella aziende >0,1%. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%
2	**MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO** - percentuale di allevamenti controllati per **BRUCELLOSI** ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonchè riduzione della prevalenza per tutte le specie	**≥ del 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e, per ciascuna specie, conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o, per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende <0,2% con trend in diminuzione**	Controlli effettuati <99,8% e ≥98% per ciascuna delle 3 specie e inoltre uno dei seguenti casi: - prevalenza delle aziende <0.2% per ciascuna delle 3 specie - prevalenza compresa tra 0,2% e 0,4% ma con trend in diminuzione - Regioni con controlli ≥99,8% ma prevalenza > di 0,2% o in aumento. Regioni dell'OM ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati <98% e ≥96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure ≥98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. Regioni dell'OM Controlli effettuati ≥98% e <99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Regioni Ufficialmente Indenni con controlli <98% o con prevalenza delle aziende >0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli <96%. Regioni dell'OM <98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN)
3	**ANAGRAFI ANIMALI -** Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	**≥99,7%**	≥98% e ≤99,6%	≥95% e ≤ 97,9%	<95%

4	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 1760/00 – livello minimo dei controlli aziende bovine: raggiungimento entro il tempo previsto dalle disposizioni nazionali della soglia del 3% di aziende bovine controllate e disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	**almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma**	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con > 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con ≤ 85% dei controlli in azienda effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie di cui al punteggio 9 raggiunte
5	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	**≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma**	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
6	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	**attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie**	attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9	attività comprendente il raggiungimento di solo una delle soglie del punteggio 6	nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte
7	**CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI** - Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal **Piano Nazionale Residui**	**>= 98%**	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%
8	**6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI:** somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	≥160	<160 e ≥120	**<120 e ≥50**	< 50
9	**CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE -** programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre	**< 70% in almeno 2 categorie**

10	**OGM** - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003 "relativi agli alimenti e ai mangimi geneticamente modificati". Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti - anni 2012-2014: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	**almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014**	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE: 75/90

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

Numero indicatore	Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2			
1	**PIANI DI RISANAMENTO -** Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE); istruzioni ministeriali.	8	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI , entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	***validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento***	invio corretto e completo, entro la data prevista, delle relazioni di cui all'allegato B [relazione tecnica] e degli allegati C e D [programmi ed obiettivi] [vedere annotazione]	*non inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	***inviato corretto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento***	**2**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
2/3	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.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 attvità secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata [vedere annotazione]	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	**2**	**12**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
4	**BENESSERE TRASPORTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	*non inviato entro la data prevista*	***inviato entro la data prevista***	conformità dei dati forniti secondo le indicazioni previste dalla nota n. DGVA/X/6057 del 13/02/2006 [vedere annotazione]	*non coerenti*	***coerenti***	**2**	**8**	

5	**BENESSERE IN ALLEVAMENTO** - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, D.Lgs 267/03, Decisione 2006/778/CE, Piano Nazionale Benessere Animale 2008 e s.m.i. (note prot 16031-P-4/8/2008 e 13029-P-13/7/2010). Istruzioni ministeriali.	4	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai controllo [vedere annotazione]	*non inviato entro la data prevista*	***inviato entro la data prevista***	attuazione di almeno il 95% dei controlli previsti dal PNBA, sulla base delle condizioni previste nel capitolo "criteri di selezione" a pag. 4 del PNBA	*< 95% dei controlli previsti*	***≥ 95% dei controlli previsiti***	**2**	**8**	
6	**ANAGRAFE CANINA** - Rilevazione delle popolazioni di cani e gatti randagi e di proprietà. Art. 8 della Legge 14/08/1991, n. 281 - Accordo Stato-Regioni del 06/02/2003 art. 4 comma 1 lett. b) e c); Decreto interministeriale 06/05/2008	4	invio, entro il 31 marzo di ogni anno, della relazione sull'attività svolta in materia di randagismo nell'anno precedente, coerente con quanto previsto dall'art. 2, comma 2 del DM 6/5/2008	*non inviato entro la data prevista*	***inviato entro la data prevista***	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	***aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni (flusso non alimentato dal 16/01 al 05/06)***	*tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni*	**1**	**4**	
7	**FARMACOSORVEGLIANZA**: Attività di ispezione e verifica. Trasmissione al Ministero della Salute della relazione delle attività di cui al comma 3 dell'art.88 del D.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]	*non inviato entro la data prevista*	***inviato entro la data prevista***	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3, art. 71 comma 3, art. 70 comma 1, artt. 79-80-81-82-84-85 del D.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	*Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	***Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite***	**2**	**10**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

8	**SALMONELLOSI ZOONOTICHE** - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; istruzioni ministeriali.	6	Rispetto della tempistica di trasmissione su SIS (Sistema Informativo Salmonellosi), e registrazione corretta e completa in BDN (nota DGSAF 3457-26/2/2010), secondo quanto previsto dalle diposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	*non inviato entro la data prevista*	***inviato entro la data prevista***	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di *Salmonelle* nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne *Gallus gallus*, e nei tacchini da riproduzione e ingrasso [vedere annotazione]	*< 90% delle registrazioni dei campionamenti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per uno, o più, dei piani applicabili oppure non validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"*	***≥ 90% delle registrazioni dei campionamenti inseriti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per ciascuno dei piani applicabili, e validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"***	**2**	**12**	
9	**BSE** - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE; istruzioni ministeriali. Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	3	Invio della rendicontazione corretta attraverso il SISTEMA RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni, relativa agli animali testati nell'anno di certificazione [vedere annotazione]	*non inviato entro la data prevista*	***inviato entro la data prevista***	% dei bovini morti testati per BSE di età superiore ai 48 mesi rispetto al numero di bovini morti di età superiore ai 48 mesi registrati in BDN	*<85% di bovini morti testati per BSE*	***≥ 85% di bovini morti testati per BSE***	**2**	**6**	

10	**TSE** e **SCRAPIE** Reg.999/2001; Decisione della Commissione 2002/677/CE del 22/08/2002, che stabilisce requisiti uniformi per la notifica dei programmi di eradicazione e di controllo delle malattie animali cofinanziati dalla Comunità.	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendcontazione dei focolai di scrapie rimborsati nel'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	*invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento*	***invio corretto e completo entro la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento***	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il coofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi [vedere nota]	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea***	**2**	**6**	
11	**SCRAPIE** - Decisione della Commissione 2002/677/CE del 22/08/2002, che stabilisce requisiti uniformi per la notifica dei programmi di eradicazione e di controllo delle malattie animali cofinanziati dalla Comunità.	4	invio corretto e completo entro la data prevista per l'anno dalle disposizioni vigenti (nota sul sistema rendicontazioni n. DGSAF 1800-2/02/2011 e s.m.i.) dei dati riguardanti la reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie [vedere annotazione]	*invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	***invio correto e completo entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento***	corrispondenza tra i dati dichiarati sul SIR per il cofinanziamento comunitario e quelli della reportistica finanziaria analitica dei costi sostenuti per la gestione dei focolai di scrapie	***non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea (numero anmali non corrispondente)***	*corrispondente e inviati entro la data utile per l'invio in Commissione Europea*	**1**	**4**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
12	**ANAGRAFE OVICAPRINA** - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	Raggiungimento della soglia del 5% dei capi controllati e disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	< 5% dei capi controllati o non disponibili per la data presta	**≥ 5% dei capi controlllati e disponibili per la data prevista**	criterio di rischio adottato per la scelta degli allevamenti da sottoporre ai controlli	*>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma*	***≤85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma***	**2**	**8**	

13	**CONTROLLO SANITARIO DELLE POPOLAZIONI SUINE - anagrafe:** dlgs 26/10/2010 n. 200 che stabilisce modalità di identificazione e registrazione suini; **malattia di Aujeszky:** D.M. 1-4-1997 e DM 30 dic 2010	6	trend della prevalenza per la M. di Aujeszky, risultante in base ai dati completi riportati nel sistema informativo "Portale Aujeszky" gestito dal Centro di Referenza Nazionale per l'Aujeszky c/o l'IZS-LER; [vedere annotazione]	*trend in aumento*	***prevalenza 0% o trend in diminuzione***	Rendicontazione in BDN - in tempo utile per l'Annual Report - del raggiungimento della soglia di almeno 1% del totale delle aziende suinicole presenti nel territorio di competenza (art. 8 comma 2, dlgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	***< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report (0,86%)***	*≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	**1**	**6**	
15	**OGM** - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003. Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti - anni 2012-2014	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM negli alimenti, vigente nell'anno 2014	*assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014, o mancata comunicazione*	***presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2014***	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	***validazione effettuata entro la scadenza prevista***	**2**	**8**	
16	**AUDIT SU STABILIMENTI** - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di oprigine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	5	invio entro la data prevista (3 marzo 2014) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007 e nota DGSAN 1312 del 20/1/2014, debitamente compilato	*non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato*	***inviato, debitamente compilato, entro la data prevista***	% di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte [vedere annotazione]	***numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte (8 audit su 89 operatori pari al 9%)***	*numero di audit uguale o superiore al 30 % del totale del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte*	**1**	**5**	

17	**PIANO NAZIONALE RESIDUI** (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	5	Percentuale dei questionari sulle attività conseguenti a non conformità inseriti in NSIS/PNR rispetto al totale delle non conformità riscontrate	*< 90% dei questionari di non conformità inseriti*	***≥ 90% dei questionari di non conformità inseriti***	referti rilasciati dal laboratorio entro i tempi indicati dal PNR 2014 per ciascuna delle categorie (10 giorni lavorativi per le sostanze di Cat. A e 30 giorni lavorativi per quelle di cat. B) [vedere annotazione]	***< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati (41,2% per Cat. A)***	*≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati*	**1**	**5**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
18	**RASSF** - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	6	Comunicazione del cellulare di servizio della Regione in relazione a notifiche del RASFF in orari e giorni extra lavorativi	*Mancanza di comunicazione del cellulare*	***Comunicazione del cellulare***	tempi di risposta alle comunicazioni di allerta (risposte ricevute entro le 5 settimane, risposte ricevute ma oltre le 5 settimane, nessuna risposta ricevuta) [vedere annotazione]	*Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1 .*	*Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, maggiore di 1*	**2**	**12**	
19	**FITOSANITARI SU ALIMENTI** - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali	8	trasmissione dei dati entro la data prevista [vedere annotazione]	*arrivo dei dati oltre il termine*	***arrivo dei dati entro il termine***	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*> 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo errato da almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale*	***≤ 4 campi (dei 46 previsti) compilati in modo erratoda almeno 1 dei laboratori di cui la regione si avvale***	**2**	**16**	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
20	**S.INTE.S.I. STABILIMENTI** (art. 3 del reg. 854/2004; art. 31 del Reg. 882/04) anagrafe degli stabilimenti riconosciuti per la produzione di alimenti di origine animale	4	presenza di stabilimenti riconosciuti in via defintiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel* 2014 *è stato basato su un riconoscimento condizionato*	***almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 è stato basato su un riconoscimento condizionato***	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	***meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nel 2014 sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04 (78,26%)***	*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*	**1**	**4**	

21	**AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI** (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGSAF n. 1629 del 28/01/2014 concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	5	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	*comunicazione inviata oltre il termine*	***comunicazione inviata entro il termine***	compilazione corretta e completa di tutte le voci previste dalla tabella di rilevazione, basata su una attività di audit efettivamente svolta nel 2014 [vedere annotazione]	*tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non basata su una attività di audit svolta nel 2014*	***tabella inviata in modo corretto e completo e basata suna attività di audit svolta nel 2014***	**2**	**10**	
22	**FINANZIAMENTO DEI CONTROLLI UFFICIALI** - Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n° 882/2004 - Art. 8, comma 1 e 2, del DLgs n. 194 del 19.11.2008; DM 24/01/2011 "modalità tecniche per il versamento delle tariffe e la rendicontazione"	6	trasmissione al Ministero della salute, entro il 30 aprile, dell'allegato 3 del DM 24/1/2011 concernente i dati relativi alle somme effettivamente percepite e i costi del servizio prestato	*non trasmesso entro la data prevista*	***trasmesso entro la data prevista***	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	***allegato 3 inviato, corretto e completo***	**2**	**12**	
	TOTALE	**100**								**172**	

SUFFICIENTE punteggio pari al 86% e 4 indicatori vincolanti su 6