



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

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

**NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SUI
SINGOLI ADEMPIMENTI PER L'ANNO 2019**

REGIONE _____

INDICE

C) OBBLIGHI INFORMATIVI.....	4
E) MANTENIMENTO EROGAZIONE DEI LEA	28
F) ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	40
G) APPROPRIATEZZA.....	42
H) LISTE D'ATTESA.....	42
L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA	43
N) CONTABILITA' ANALITICA	43
S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	44
U) PREVENZIONE.....	46
V) PIANO NAZIONALE AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO.....	53
W) ACCORDI SUCCESSIVI AL DPCM 29/11/2001	53
Y) LEA AGGIUNTIVI.....	53
AH) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE.....	54
AK) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE EROGANTI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	54
AM) CONTROLLO CARTELLE CLINICHE.....	55
AO) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	58
AP) SANITA' PENITENZIARIA	59
AS) RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	60
AT) PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI DEGLI ENTI DEL SSN	61
AAD) SISTEMA FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)	61
AAE) ATTIVITA' TRASFUSIONALE.....	62
AAF) PERCORSO NASCITA	64
AAH) CURE PRIMARIE.....	65
AAJ) PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	65
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	69
AAQ) OBIETTIVI DIRETTORI GENERALI	70
AAT) GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)	70
AAU) OBBLIGHI INFORMATIVI REGISTRO NAZIONALE MALATTIE RARE	70
AAV) RETE DEI CENTRI DI SENOLOGIA.....	72
AAW) INTERCONNESSIONE A LIVELLO NAZIONALE DEI SISTEMI INFORMATIVI SU BASE INDIVIDUALE DEL SSN	74
AAZ) SISTEMA ANAGRAFE NAZIONALE VACCINI.....	74

PREMESSA

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

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

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

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

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

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

C.1) OBBLIGHI INFORMATIVI ECONOMICI

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

Per i flussi di natura economica, la copertura è misurata attraverso la percentuale di modelli trasmessi rispetto al numero degli attesi che deve essere uguale al 100%.

La qualità è misurata in termini di coerenza tra modelli. Verranno eseguite cinque serie di verifiche:

1. coerenza CE-LA: effettuata confrontando singole voci o aggregati di queste su tutti i modelli del consuntivo. Tra le voci prese in esame verrà valutata anche la mobilità attiva e passiva interregionale. La certificazione verrà riconosciuta se la coerenza è pari al 100%;
2. coerenza CE-SP: effettuata confrontando le voci di risultato d'esercizio e di variazione delle rimanenze nei modelli. La certificazione verrà riconosciuta se la coerenza è pari al 100%;
3. coerenza interna dei modelli CE-SP-LA: il consolidato regionale (999) deve essere pari alla sommatoria dei modelli CE-LA-SP di tutte le aziende e della gestione sanitaria accentrata (GSA), al netto delle partite infragruppo. La certificazione verrà valutata positivamente solo se la coerenza dei modelli è pari al 100%;
4. coerenza interna SP: coincidenza fra attivo, passivo e netto. La certificazione verrà riconosciuta se la coerenza è pari al 100%;
5. completezza modello LA 999: Viene richiesta la compilazione degli allegati 3a (per ogni singolo livello e colonna) e 3b del modello LA, approvato con D.M. 24 maggio 2019.

Sono oggetto della verifica i modelli economici di seguito elencati relativi alle aziende sanitarie, aziende ospedaliere, IRCCS pubblici, anche trasformati in Fondazioni, Aziende Ospedaliere Universitarie (Decreto 23 ottobre 2006), spesa “accentrata regionale” (modello ‘000’) e “riepilogativo regionale” (modello ‘999’) in base al D.M. 13 novembre 2007 e D.M. 15 giugno 2012, D.M. 24 maggio 2019.

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

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

Modello	% copertura
<u>CE consuntivo 2018</u>	
<u>CE preventivo 2019</u>	
<u>CE I trimestre 2019</u>	
<u>CE II trimestre 2019</u>	
<u>CE III trimestre 2019</u>	
<u>CE IV trimestre 2019</u>	
<u>CE consuntivo 2019(a partire dal 30 giugno 2020)</u>	
<u>SP consuntivo 2019</u>	
<u>SP consuntivo 2019 (a partire dal 30 giugno 2020)</u>	
<u>CP consuntivo 2019</u>	
<u>CP consuntivo 2019(a partire dal 31 maggio 2020)</u>	
<u>LA consuntivo 2019</u>	
<u>LA consuntivo 2019 (a partire dal 30 giugno 2020)</u>	

In considerazione del differimento dei termini amministrativo-contabili di cui all'art 107 del DL 17 marzo 2020 n. 18, pubblicato sulla gazzetta ufficiale n. 70, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 comma 1 legge 24 aprile 2020 n. 27 ed in particolare di quanto previsto al comma 3 dell'art. 107 che prevede " Per l'anno 2020, il termine di cui all'articolo 31 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 per l'adozione dei bilanci di esercizio dell'anno 2019 è differito al 31 maggio 2020. Di conseguenza i termini di cui al comma 7 dell'articolo 32 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 sono così modificati per l'anno 2020:

- i bilanci d'esercizio dell'anno 2019 degli enti di cui alle lettere b), punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19 del citato decreto legislativo n. 118/2011 sono approvati dalla giunta regionale entro il 30 giugno 2020;
- il bilancio consolidato dell'anno 2019 del Servizio sanitario regionale è approvato dalla giunta regionale entro il 31 luglio 2020",

i termini previsti per la trasmissione al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute dei modelli di rilevazione economico-patrimoniali sono così modificati:

1. modelli rilevati a consuntivo 2019 : CE - SP - LA contraddistinti dal codice "000" e dai codici delle aziende, possono essere trasmessi entro il 30 giugno 2020
2. modelli rilevati a consuntivo 2019: CP di cui al decreto del 16 febbraio 2001 possono essere trasmessi entro il 30 giugno 2020

In base all'art 3 del DM 24 maggio 2020 per l'anno 2019 è prevista una fase sperimentale di acquisizione al Nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della salute (NSIS) del modello CP di cui all'allegato 4 del citato decreto, la cui scadenza è prevista per il 30 settembre 2020. Per il medesimo anno 2019 resta comunque confermato l'obbligo di trasmettere al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute il modello CP di cui al decreto del Ministro della sanità del 16 febbraio 2001, pubblicato nel supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale 18 aprile 2001, n. 90,

VALUTAZIONE: _____

Con riferimento alla qualità dei dati trasmessi al Sistema informativo, sono eseguite **quattro** serie di verifiche: la prima sulla coerenza dei dati del modello CE consuntivo 2019 rispetto al modello LA 2019, come previsto dal nuovo DM del 24 maggio 2019, la seconda sulla coerenza dei dati del modello CE consuntivo 2019 rispetto al modello SP degli ultimi 2 anni, la terza sulla coerenza interna dei modelli CE-SP-LA, la quarta sulla concordanza tra la somma dell'Attivo e del Passivo dello Stato Patrimoniale.

La verifica CE – LA è eseguita rispetto ai seguenti aggregati:

6. Consumi sanitari
7. Consumi non sanitari
8. Costi per acquisto di prestazioni sanitarie
9. Costi per acquisto di servizi sanitari per erogazione di prestazioni
10. Costi per acquisti di servizi non sanitari
11. Costo del Personale
12. Ammortamenti
13. Sopravvenienze / Insussistenze
14. Oneri finanziari , svalutazioni e minusvalenze
15. Altri costi
16. Totale
17. Mobilità attiva e passiva interregionale

La verifica CE – SP è eseguita rispetto alle seguenti voci:

18. Utile o perdita dell'esercizio
19. Rimanenze.

La verifica della coerenza interna dei modelli CE-SP-LA è eseguita rispetto alle seguenti voci: il consolidato regionale (999) deve essere pari alla sommatoria dei modelli CE-LA-SP di tutte le aziende e della gestione sanitaria accentrata (GSA), al netto delle partite infragruppo.

La verifica interna al modello SP è eseguita rispetto alle seguenti voci:

20. Confronto tra Totale Attivo Stato Patrimoniale e Totale Passivo Stato Patrimoniale.

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

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

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

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

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

VALUTAZIONE: _____

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

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

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per tale valutazione.

Tab. 1 – Copertura dei dati

Fonti Informative	Peso	Criteri di copertura	INADEMPIENTE 0	ADEMPIENTE 2
Rilevazione CEDAP	3	<p>% Copertura dei parti in istituti di cura pubblici o privati, coerenti con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera e l'anagrafica delle strutture di ricovero (modelli HSP11 e HSP11bis).</p> $\frac{\text{parti}_{\text{istituti_validi_con_parti_coerenti_con_SDO}}}{\text{parti}_{\text{istituti_di_cura}}}$ <p>dove per “parti coerenti con SDO” si intende: $0,95 \leq \frac{\text{parti}_{\text{CEDAP}}}{\text{parti}_{\text{SDO}}} \leq 1,05$</p>	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento
Mod. FLS 11- Dati di struttura e di organizzazione della unità sanitaria locale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	% ASL che hanno inviato il modello FLS11 (quadro F), rispetto al totale delle ASL della Regione	< 100%	100%
FLS 12 - Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	% ASL che hanno inviato il modello FLS12 (quadri E, F), rispetto al totale delle ASL della Regione	< 100%	100%
HSP11/12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	% modelli HPS.12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	< 99%	>= 99%
HSP11/13 - Posti letto per disciplina delle case di cura private (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	% modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	>= 99%
HSP.14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	0,5	% modelli HSP14 inviati rispetto alle strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e private accreditate che hanno segnalato la presenza di apparecchiature	< 95%	>=95%
FLS.21 - Attività di assistenza sanitaria di base (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	farmac. convenz.: % ASL che hanno inviato i dati del quadro G del modello FLS21 rispetto al totale delle ASL della Regione; per i dati dell'assist. domiciliare: % ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS21 rispetto al totale delle ASL della Reg. che hanno dichiarato l'attivazione del Servizio di ADI nel quadro F del modello FLS.11	< 100%	100%
Tabella 1C.BIS - Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private accreditate e non accreditate (D.M. 29.01.2013 e Circolare del Conto Annuale)	1,0	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella Tabella 1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	>=95%
RIA.11 - Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78 (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	1,5	% modelli RIA.11 per i quali sono valorizzati i dati del quadro H relativo ai dati di attività, rispetto al # Modelli RIA.11 per i quali il quadro F relativo ai dati di struttura contiene # posti letto > 0.	< 95%	>=95%
STS.14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere	0,5	% modelli STS14 inviati rispetto alle strutture in STS.11 che hanno segnalato la presenza di apparecchiature	< 95%	>=95%
STS 21 - Assistenza specialistica territoriale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	1,5	% modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza specialistica territoriale	< 95%	>=95%
STS 24 - Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	2	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza residenziale o semiresidenziale.	< 95%	>=95%

HSP 24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	0,5	% modelli HSP.24 pervenuti per almeno un mese con quadro G (nido) o M (Nati immaturi) valorizzati, rispetto al numero dei modelli HSP.24 attesi	< 75% o (75-95)% senza miglioramento	> 95% o (75-95)% con miglioramento
DATI SDO	3,5	Media pesata di % copertura istituti (peso = 0.75) e % coerenza SDO-HSP (peso = 0.25) $x = 0,75 * \frac{\text{istituti rilevati}}{\text{istituti censiti}} * 100 + 0,25 * \left(1 - \frac{\text{SDO con istituto errato}}{\text{totale SDO}} \right) * 100$	< 98%	>= 98%
Screening oncologici	1	conferimento entro il 30.6.2020 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista

Schema di valutazione finale completezza dei dati:

ADEMPIENTE	40 - 50
INADEMPIENTE	< 40

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

C.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITÀ

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

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

Tab. 2 – Qualità dei dati

Modelli	Criterio di valutazione	Peso	Non sufficiente 0	Sufficiente 1	Buona 2
CEDAP	<p>Percentuale di schede parto che presentano dati validi per tutte le seguenti variabili:</p> <p>A) 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</p> <p>B) numero parti precedenti; tagli cesarei precedenti; modalità del travaglio; genere del parto; istituto di cura (HSP11 e HSP1bis - per i parti in ospedale); vitalità; peso.</p> <p>L'indicatore composto viene calcolato attraverso la media pesata dei due sub-indicatori riferiti alle variabili di cui alla lettera A) e alla lettera B), con questa formula:</p> $0,7 \cdot \text{subindicatore A}) + 0,3 \cdot \text{subindicatore B})$ <p>N.B. Il calcolo del sub-indicatore B) viene effettuato a livello di neonato, ovvero analizzando tutte le variabili specificate per singolo neonato (le variabili rilevate a livello di parto per i casi di parti plurimi sono quindi valutate tante volte quanti sono i neonati).</p>	3	< 85%	>= 85% e < 95%	>= 95%
FLS 11 - Dati di struttura e di organizzazione della unità sanitaria locale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	2	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,95 e numero di ASL con punteggio pari a zero maggiore di 0)	(1<=Punteggio Regione <1,95 e numero di ASL con punteggio pari a zero uguale a 0) oppure (1,95<=Punteggio Regione <2 e numero di ASL con punteggio pari a zero maggiore di 0)	(1,95<=Punteggio Regione <= 2 e numero di ASL con punteggio pari a zero uguale a 0)
FLS 12 - Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	2	Punteggio Regione <1 oppure (1<=Punteggio Regione <1,95 e numero di ASL con punteggio pari a zero maggiore di 0)	(1<=Punteggio Regione <1,95 e numero di ASL con punteggio pari a zero uguale a 0) oppure (1,95<=Punteggio Regione <2 e numero di ASL con punteggio pari a zero maggiore di 0)	(1,95<=Punteggio Regione <= 2 e numero di ASL con punteggio pari a zero uguale a 0)

HSP11/12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto, dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero pubblica ed equiparata della Regione.	2	Punteggio Regione <1,3 oppure (1,3<=Punteggio Regione <1,6 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 10% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <1,6 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, maggiore del 10% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% dei posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate della Regione)
HSP11/13 - Posti letto per disciplina delle case di cura private (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Ad ogni casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sui posti letto accreditati, dei punteggi attribuiti a ciascuna casa di cura privata accreditata della Regione.	2	Punteggio Regione <1,3 oppure (1,3<=Punteggio Regione <1,6 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 10% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <1,6 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, maggiore del 10% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e posti letto delle case di cura private accreditate con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% dei posti letto delle case di cura private accreditate della Regione)
HSP14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Ad ogni struttura di ricovero è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero della Regione.	0,5	Punteggio Regione <1,3 oppure (1,3<=Punteggio Regione <1,6 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 10% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <1,6 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 30% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, maggiore del 10% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture di ricovero con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% delle strutture di ricovero della Regione)
FLS 21 - Attività di assistenza sanitaria di base (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Ad ogni ASL è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media ponderata, sulla popolazione residente, dei punteggi attribuiti a ciascuna ASL della Regione.	2	Punteggio Regione <1,3 oppure (1,3<=Punteggio Regione <1,6 e Popolazione delle ASL con punteggio pari a zero, maggiore del 10% della popolazione regionale)	(1,3<=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)
Tabella 1C.BIS - Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private accreditate e non accreditate (D.M. 29.01.2013 e Circolare del Conto Annuale)	Ad ogni struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata è attribuito un punteggio (0, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media aritmetica dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata e non accreditata della Regione.	1,0	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2

RIA 11 - Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78 (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Ad ogni istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascun istituto o centro di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione.	1,5	Punteggio Regione <1,3 oppure (1,3<=Punteggio Regione <1,6 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 10% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <1,6 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% delle strutture di ricovero della Regione) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e percentuale degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 con punteggio pari a zero, maggiore del 10% delle strutture di ricovero della Regione)	(1,6<=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 10% degli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 della Regione)
STS 14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Ad ogni struttura sanitaria 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.	0,5	Punteggio Regione <1,3 oppure (1,3<=Punteggio Regione <1,6 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 10% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,3<=Punteggio Regione <1,6 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione) oppure (1,6<=Punteggio Regione <2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, maggiore del 10% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)	(1,6<=Punteggio Regione <= 2 e percentuale delle strutture sanitarie extraospedaliere con punteggio pari a zero, minore o uguale al 10% delle strutture sanitarie extraospedaliere della Regione)
STS 21 - Assistenza specialistica territoriale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Ad ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni specialistiche è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria della Regione che eroga prestazioni specialistiche	1,5	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2
STS 24 - Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Ad ogni struttura territoriale che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale è attribuito un punteggio (0 oppure 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura territoriale della Regione che eroga assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.	2	Punteggio Regione <1,90	1,90<=Punteggio Regione <1,96	1,96<=Punteggio Regione <= 2
HSP 24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	Ad ogni struttura di ricovero pubblica ed equiparata e casa di cura privata accreditata è attribuito un punteggio (0,2) in relazione allo scostamento tra l'indicatore "Percentuale di bambini sottopeso" (peso inferiore a 2500 grammi) elaborato dalla fonte HSP24 e il medesimo indicatore elaborato dalla fonte Cedap per l'anno di riferimento. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura di ricovero e casa di cura privata della Regione.	0,5	Punteggio Regione <1,80	Non applicabile.	Punteggio Regione >=1,80

DATI SDO	<p>Media pesata principali errori riscontrati sul totale schede inviate</p> $x = \frac{\sum \alpha_i * E_i}{Totale SDO}$ <p>Dove E_i = numero schede SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> - Errore Data di prenotazione - Errore Classe di priorità - Errore Data di trasferimento - Errore Ora di trasferimento - Errore Unità operativa di trasferimento - Errore Diagnosi principale - Errore Diagnosi secondaria - Errore Intervento principale - Errore Data intervento principale - Errore Ora intervento principale - Errore Identificativo chirurgo intervento principale - Errore Intervento secondario - Errore Data intervento secondario - Errore Ora intervento secondario - Errore Identificativo chirurgo intervento secondario - Errore Progressivo scheda della puerpera <p>ed $\alpha_i = 1$ (pesatura uniforme)</p> <p>NB: poiché una scheda SDO può avere più di un errore, questo indicatore può assumere anche valori maggiori di uno</p>	3,5	> 1,2	<= 1,2	<= 0,5
Screening oncologici	Valutazione della plausibilità e coerenza dei dati	1	Dato non plausibile perché devia statisticamente dalla media nazionale o incoerente con gli anni precedenti		Dato plausibile e coerente con gli anni precedenti

Schema di valutazione finale qualità dei dati:

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

Schema di valutazione finale completezza e qualità degli obblighi informativi C.2 e C.3

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

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

Criterio di valutazione finale	> = 6	ADEMPIENTE
	< 6	INADEMPIENTE

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

C.5) MONITORAGGIO EX POST DELLE PRESTAZIONI INCLUSE NEL FLUSSO INFORMATIVO EX ARTICOLO 50 DELLA LEGGE 326/2003

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

L'adempienza viene valutata per tutte le prestazioni rispetto alla corretta copertura dei campi relativi a: Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo accesso, Classi di priorità.

Il valore soglia di copertura per i suddetti campi è $\geq 90\%$.

C.6) DISPOSITIVI MEDICI

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

La valutazione tiene conto, per il periodo gennaio-dicembre 2019, dei dati relativi al consumo e alla spesa dei dispositivi medici presenti nel flusso NSIS, dei dati rilevati dal rilevati dal Modello di conto economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi).

La Regione risulta pertanto adempiente se:

- le trasmissioni dei dati relativi al consumo e alla spesa dei dispositivi medici presenti nel flusso NSIS sono riferite a tutti i mesi del periodo gennaio-dicembre;
- le trasmissioni dei dati relativi al consumo e alla spesa dei dispositivi medici presenti nel flusso NSIS sono riferite a tutte le aziende sanitarie nel periodo gennaio-dicembre;
- la spesa rilevata dal Flusso Consumi (è esclusa la spesa rilevata per le categorie CND quindi la spesa per la CND Z "Apparecchiature sanitarie e relativi componenti accessori e materiali"- ad eccezione della Z13 "Materiali di consumo non specifici per strumentazione diagnostica"- e della CND W "Dispositivi medico-diagnostici in vitro (D. Lgs. 332/2000)" nel periodo gennaio-dicembre copre il 75% dei costi rilevati da Modello di conto economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi)*.
- La percentuale di numeri di repertorio, presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti con riferimento ai contratti attivi per l'anno 2019 , è migliorata rispetto ai dati consolidati 2018 se si verifica una delle seguenti condizioni:
- le Regioni che nel 2018 hanno una percentuale maggiore o uguale al 70%, continuano ad avere una percentuale maggiore o uguale al 70% anche per l'anno 2019;
- le Regioni che nel 2018 hanno una percentuale maggiore o uguale al 35% e minore del 70%, incrementano tale percentuale di 5 punti fino alla soglia massima del 70%;
- le Regioni che nel 2018 hanno una percentuale inferiore al 35%, incrementano tale percentuale di 15 punti.

Nel calcolo dell'indicatore sono inclusi tutti i tipi di dispositivi (tipo DM=1, tipo DM=2), ad eccezione di quelli appartenenti alle categorie Q ed L.

*Ufficio competente: Ufficio 4 DGSISS e Ufficio 4 DGPROG

C.7) SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE NSIS – SIAD

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'assistenza domiciliare nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2019.

Indicatore di completezza:

Tracciato 1:

1. Asl invianti / Asl attese (*indicatore disponibile nel Dashboard NSIS SIAD*)

Valore regionale $\geq 95\%$ Adempiente

Valore regionale $< 95\%$ Inadempiente

2. Numero record anno corrente/ Numero record anno precedente/ (*indicatore disponibile nel Dashboard NSIS SIAD*)

Valore regionale superiore o uguale a 80% = Adempiente

Valore regionale inferiore a 80% = Inadempiente

Tracciato 2:

1. Asl invianti / Asl attese (*indicatore disponibile nel Dashboard NSIS SIAD*)

Valore regionale $\geq 95\%$ Adempiente

Valore regionale $< 95\%$ Inadempiente

2. Numero record anno corrente/ Numero record anno precedente (*indicatore disponibile nel Dashboard NSIS SIAD*)
 Valore regionale superiore o uguale a 80% = Adempiente
 Valore regionale inferiore a 80% = Inadempiente

L'adempienza sarà garantita dalla valutazione di adempienza su entrambi gli indicatori per entrambi i tracciati.

Indicatore di qualità

Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico con dimissione nell'anno (*indicatore disponibile nel Dashboard NSIS LEA SIAD*)

Valore regionale superiore o uguale a 80% = Adempiente
 Valore regionale inferiore a 80% = Inadempiente

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

C.8) SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE NSIS – FAR

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'assistenza residenziale e semiresidenziale nel NSIS in termini di disponibilità, completezza relativamente all'anno 2019.

Indicatore di completezza

Tracciato 1:

Numero totale dei record validi inviati da ciascuna regione per il periodo selezionato/ numero totale record validi inviati l'anno precedente

Valore regionale superiore o uguale a 80% = Adempiente
 Valore regionale inferiore a 80% = Inadempiente

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

Valore di riferimento = 100
 Accettazione della variabilità = 20
 Valore regionale compreso tra 80 e 120 = Adempiente
 Valore regionale non compreso tra 80 e 120 = Inadempiente.

L'adempienza globale sarà garantita dalla valutazione di adempienza su entrambi gli indicatori.

C.9) SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA EROGATA PRESSO GLI HOSPICE (HOSPICE)

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

La valutazione terrà conto della disponibilità e completezza dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice per l'anno 2019.

La Regione viene considerata adempiente solo se presenti tutti i trimestri per tutte le strutture.

Indicatore di completezza:

Strutture Hospice invianti / Strutture Hospice attese (*indicatore disponibile nel DSS Hospice – report tecnico funzionale*):

Valore di riferimento $\geq 95\%$ Adempiente

Valore di riferimento $< 95\%$ Inadempiente

Numero record anno corrente/ Numero record anno precedente/ (*indicatore disponibile nel DSS NSIS Hospice*)

Valore regionale superiore o uguale a 80% = Adempiente

Valore regionale inferiore a 80% = Inadempiente

L'adempienza sarà garantita dalla valutazione di adempienza su entrambi gli indicatori.

Indicatore di qualità:

Ai fini conoscitivi, viene effettuata un'analisi della distribuzione delle macroprestazioni erogate per le ammissioni in Hospice con patologia responsabile oncologica. Il sistema informativo Hospice consente l'inserimento di 10 macroprestazioni al massimo. La concentrazione di una macroprestazione per ogni ricovero potrebbe non consentire di caratterizzare l'assistenza per la patologia indicata.

L'adempienza globale sarà garantita dalla valutazione di adempienza sugli indicatori di completezza.

C.10) SISTEMA INFORMATIVO PER SALUTE MENTALE NSIS-SISM

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'assistenza per la salute mentale nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2019.

Livello di analisi: Regione

Indicatore di completezza

Tracciato territoriale

DSM invianti/DSM attesi (indicatore disponibile nel Dashboard NSIS SISM)

Valore di riferimento $\geq 95\%$ Adempiente

Valore di riferimento $< 95\%$ Inadempiente

Indicatore di qualità

Tracciato territoriale

Numero record validi che rispettano la condizione di integrità referenziale dei tracciati. Per integrità referenziale si intende il collegamento logico dei tracciati di attività territoriale. L'indicatore è espresso in percentuale rispetto all'anagrafica dei soggetti. (indicatore disponibile nel Dashboard NSIS SISM)

Valore di riferimento $\geq 80\%$ Adempiente

Valore di riferimento $< 80\%$ Inadempiente

L'adempienza globale sarà garantita dalla valutazione di adempienza su entrambi gli indicatori.

C.11) SISTEMA INFORMATIVO PER LA DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI NSIS-SIND

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

La valutazione tiene conto dei dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2019.

Livello di analisi: Regione

Indicatore di completezza

SerD invianti / SerD attesi (*indicatore disponibile nel Dashboard NSIS SIND*)

Valore di riferimento $\geq 95\%$ Adempiente

Valore di riferimento $< 95\%$ Inadempiente

Indicatore di qualità

Numero record validi che rispettano la condizione di integrità referenziale dei tracciati. Per integrità referenziale si intende il collegamento logico dei tracciati di attività territoriale. L'indicatore è espresso in percentuale rispetto all'anagrafica dei soggetti. (*indicatore disponibile nel Dashboard NSIS SIND*)

Valore di riferimento $\geq 80\%$ Adempiente

Valore di riferimento $< 80\%$ Inadempiente

L'adempienza globale sarà garantita dalla valutazione di adempienza su entrambi gli indicatori.

C.12) SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA IN EMERGENZA-URGENZA NSIS-EMUR

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'emergenza-urgenza presenti nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2019.

EMUR PS

Livello analisi: Regione

Indicatore di completezza

1. strutture invianti / strutture attese (*indicatore disponibile nel DSS NSIS EMUR PS*)

Valore di riferimento $\geq 95\%$ Adempiente

Valore di riferimento $< 95\%$ Inadempiente

2. Numero record anno corrente/ Numero record anno precedente/ (*indicatore disponibile nel DSS NSIS EMUR-PS*)

Valore regionale superiore o uguale a 80% = Adempiente

Valore regionale inferiore a 80% = Inadempiente

Indicatore qualità

Totale record con campo diagnosi principale valorizzato correttamente / totale record acquisiti e validi

Valore di riferimento = 100

Accettazione della variabilità = 10

Valore regionale compreso tra 90 e 100 = Adempiente

Valore regionale non compreso tra 90 e 100 = Inadempiente

EMUR 118

Livello analisi: Regione

Indicatore di completezza

1. CO invianti / CO attese

Valore di riferimento $\geq 95\%$ Adempiente

Valore di riferimento $< 95\%$ Inadempiente

2. N. di interventi effettuati dal 118 anno 2018 \geq N. di interventi effettuati dal 118 anno 2017

Valore regionale ≥ 90 = Adempiente

Valore regionale < 90 = Inadempiente

Indicatore di qualità

Totale record con campo istituto di destinazione valorizzato correttamente / totale record acquisiti e validi

Valore di riferimento = 100

Accettazione della variabilità = 10

Valore regionale compreso tra 90 e 100 = Adempiente

Valore regionale non compreso tra 90 e 100 = Inadempiente

L'adempienza globale sarà garantita dalla valutazione di adempienza su entrambi gli indicatori per entrambi i flussi (EMUR 118 e EMUR PS).

C.13) COPERTURA E QUALITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI COMUNITARI E NAZIONALI IN TEMA DI SANITÀ VETERINARIA E ALIMENTI

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

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

La valutazione sarà considerata positivamente al raggiungimento di un punteggio $\geq 60\%$ del punteggio raggiungibile con sufficienza per almeno 4 dei flussi vincolanti oppure valutazione insufficiente ma con trend positivo rispetto all'anno precedente (% in miglioramento) con sufficienza per almeno 4 dei flussi vincolanti

Numero indicato re	Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2			
1	PIANO di eradicazione BRUCELLOSI negli animali; rendicontazioni di supporto ai controlli ufficiali	3	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONE dei dati relativi ai focolai di BRC, 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, nel rispetto del criterio riportato nelle annotazioni			
2	PIANO di eradicazione BRUCELLOSI negli animali; ATTIVITA' DI CONTROLLO; OM 28/5/2015; sistema informativo nazionale.	3	percentuale dei controlli svolti per l'eradicazione della BRC bovina, bufalini, ovini e caprina effettuati, caricati in SANAN. [vedere annotazione]	< 80% dei controlli svolti per la brucellosi di ciascuna specie caricati in SANAN	≥ 80% dei controlli svolti per la brucellosi di ciascuna specie caricati in SANAN	indagini epidemiologiche, corrette e complete, caricate in SIMAN entro i tempi previsti (7 gg per focolai primari e 30 gg per focolai secondari)	< 100% di indagini epidemiologiche caricate in SIMAN nei tempi previsti	100% di indagini epidemiologiche e caricate in SIMAN nei tempi previsti			
3	PIANO di eradicazione TUBERCOLOSI negli animali; RELAZIONI DI SUPPORTO AI CONTROLLI UFFICIALI; OM 28/5/2015; istruzioni ministeriali.	4	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONE dei dati relativi ai focolai di TBC, 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	indagini epidemiologiche, corrette e complete, caricate in SANAN entro i tempi previsti (7 gg per focolai primari e 30 gg per focolai secondari)	< 100% di indagini epidemiologiche caricate in SANAN nei tempi previsti	100% di indagini epidemiologiche e caricate in SANAN nei tempi previsti			
4	PNA - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche; D.L.vo 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	4	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNA, o in alternativa attraverso il sistema informatico SINVSA, 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			VINCOLANTE: sufficiente se punteggi o medio è uguale 2
5	PNA - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.L.vo 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	3	implementazione del caricamento in SINVSA di tutti gli stabilimenti del settore mangimistico riconosciuti e registrati postprimari	caricamento non effettuato o inadeguato	caricamento effettuato e adeguato	invio della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata, coerente con i criteri previsti dall'allegato 10 del PNA [vedere annotazione]	invio oltre i tempi previsti o non corretto o incompleto	invio corretto e completo entro i tempi previsti			

6	BENESSERE TRASPORTO - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	3	Rispetto della tempistica [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	conformità dei dati forniti secondo le indicazioni previste dalla nota n. DGVA/X/6057 del 13/02/2006 [vedere annotazione]	<i>non coerenti</i>	<i>coerenti</i>			
7	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.	3	caricamento in BDN dei controlli ufficiali effettuati in ciascuna delle categorie "bovini", "vitelli", "suini", "polli da carne", "ovaiole", entro i tempi previsti [28 febbraio]	<i><100% dei controlli ufficiali effettuati, caricati in BDN entro il 28 febbraio</i>	<i>100% dei controlli ufficiali effettuati in ciascuna categoria, caricati in BDN entro il 28 febbraio</i>	percentuale di controlli in cui sono state rilevate non conformità, con verbale disponibile in BDN.	<i>< 99% dei verbali contenenti NC caricati in BDN</i>	<i>≥ 99% dei verbali contenenti NC caricati in BDN</i>			
8	BENESSERE ALLA MACELLAZIONE - nota DGSAF n.15111 del 18/07/2014 "linee guida relative all'applicazione del Regolamento CE n° 1099 del 24 settembre 2009, relativo alla protezione degli animali durante l'abbattimento.	3	Rispetto della tempistica di trasmissione della relazione sui controlli effettuati [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>Inviato entro la data prevista</i>	rispetto della frequenza minima di controllo (almeno 1 volta l'anno) per ciascuna tipologia di macellazione prevista dalle istruzioni ministeriali (punto 16 e allegato X "modulo rendicontativo" della Linea guida trasmessa con nota DGSAF n.15111 del 18/07/2014)	<i>mancata effettuazione, per ciascuna tipologia di macellazione, di almeno 1 controllo ufficiale per il rispetto delle norme sul benessere della macellazione</i>	<i>effettuazione, per ciascuna tipologia di macellazione, di almeno 1 controllo ufficiale per il rispetto delle norme sul benessere della macellazione</i>			
9	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; Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2013	4	invio, entro il 31 marzo di ogni anno, della relazione sull'attività svolta in materia di randagismo nell'anno precedente, coerente con quanto previsto dall'art. 2, comma 2 del DM 6/5/2008	<i>invio non corretto o non completo, o oltre la data prevista</i>	<i>invio, corretto e completo, entro la data prevista</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 1 lett. f dell'accordo Stato Regioni del 24/1/2013)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 30 giorni</i>	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 30 giorni</i>			VINCOLA NTE: sufficiente se punteggi o medio è uguale 2
10	FARMACOSORVEGLIANZA: Attività di ispezione e verifica. 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	4	Invio, corretto e completo, dei dati di attività di cui all'allegato I entro i tempi previsti [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3, art. 71 comma 3, art. 70 comma 1, artt. 79-80-81-82-84-85 del D.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	<i>Attività comprendente e meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>	<i>Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite</i>			VINCOLA NTE: sufficiente se punteggi o medio è uguale 2

11	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; DM 13/11/13 in materia di funzionamento dell'anagrafe avicola; istruzioni ministeriali.	3	Rispetto della tempistica di validazione dei dati dei campionamenti ufficiali su SIS (Sistema Informativo Salmonellosi), basati su una corretta e completa alimentazione della BDN (DM 13/11/13), secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	completezza delle registrazioni inserite in SIS, previste dai piani nazionali per la ricerca di <i>Salmonelle</i> nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne <i>Gallus gallus</i> , e nei tacchini da riproduzione e ingrasso [vedere annotazione]	< 90% delle registrazioni dei campionamenti ufficiali nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per uno, o più, dei piani applicabili oppure non corrette e complete o non validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"	> 90% delle registrazioni dei campionamenti ufficiali inseriti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) corrette e complete per ciascuno dei piani applicabili, e validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"			
12	TSE - 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; istruzioni ministeriali	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti [vedere nota]	<i>invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>invio corretto e completo entro la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento</i>	corrispondenza tra il n. di capi indennizzati nell'ambito dei focolai, risultanti in SIR, e la reportistica trasmessa al Ministero della salute attestante gli indennizzi corrisposti agli allevatori [vedere nota]	<i>non corrispondente e o non inviati in tempo utile per la trasmissione alla Commissione europea</i>	<i>corrispondente e inviati in tempo utile per la trasmissione alla Commissione europea</i>			
13	SCRAPIE - Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale (PSG). DM 25/11/2015	3	Presenza di un piano regionale "di selezione genetica" aggiornato adottato e attuato formalmente	<i>assente o non attuato</i>	<i>presente e attuato</i>	attività di genotipizzazione dei capi prevista dal DM 23/11/2015 e dal piano regionale	<i>Evidenza di assente o inadeguata attuazione nel sistema BDN/BDNSG</i>	<i>Evidenza di adeguata attuazione nel sistema BDN/BDNSG</i>			
14	TRACCIABILITA' DELLA FILIERA OVICAPRINA - ANAGRAFE - Reg. CE 1505/2006; nota DGSAF n. 22054 del 24/10/2014	3	Raggiungimento della soglia del 5% dei capi controllati e disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	< 5% dei capi controllati o non disponibili per la data presta	≥ 5% dei capi controllati e disponibili per la data prevista	percentuale di controlli in cui sono state rilevate non conformità, con verbale disponibile in BDN.	< 99% dei verbali contenenti NC caricati in BDN	≥ 99% dei verbali contenenti NC caricati in BDN			

15	TRACCIABILITA' DELLA FILIERA DEI SUINI - ANAGRAFE - dlgs 26/10/2010 n. 200 che stabilisce modalità di identificazione e registrazione suini; nota DGSAF n. 22054 del 24/10/2014	3	Registrazione in BDN - in tempo utile per l'Annual Report - del raggiungimento della soglia di almeno 1% del totale delle aziende suinicole presenti nel territorio di competenza (art. 8 comma 2, dlgs 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	<i>< dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	<i>≥ dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report</i>	percentuale di controlli in cui sono state rilevate non conformità, con verbale disponibile in BDN.	<i>< 99% dei verbali contenenti NC caricati in BDN</i>	<i>≥ 99% dei verbali contenenti NC caricati in BDN</i>			
16	TRACCIABILITA' DELLE FILIERE APISTICA - ANAGRAFE: D.M. 4 dicembre 2009, D.M. 11 agosto 2014 "Approvazione del manuale operativo per la gestione dell'anagrafe apistica nazionale" (allegato, punto 11)	3	Controllo annuale sull'1% degli allevamenti apistici situati nel territorio regionale registrati in BDN [vedere annotazione]	<i>assenza degli allevamenti in BDN o percentuale di controllo <1%</i>	<i>presenza degli allevamenti in BDN e percentuale di controllo ≥1%</i>	criterio di rischio adottato per la scelta degli allevamenti apistici da sottoporre ai controlli	<i>>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>	<i>≤85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>			
17	CLASSIFICAZIONE DELLE AREE PER LA PRODUZIONE DI MOLLUSCHI BIVALVI VIVI - Sistema Informativo Nazionale SINVSA; Reg. 854/2004, Allegato II, capo II (controlli ufficiali sui molluschi bivalvi vivi provenienti da zone di produzione classificate); Nota DGISAN n. 15897 del 18/04/2014; nota DGISAN n. 38080 del 6/10/2016 (MBV)	3	aree classificate e punti di campionamento validati in SINVSA dalla Regione nel primo trimestre di ciascun anno	<i><100% aree classificate e punti di campionamento non validati in SINVSA entro il primo trimestre di ciascun anno</i>	<i>100% delle aree classificate e punti di campionamento validati in SINVSA entro il primo trimestre di ciascun anno</i>	rispetto del numero minimo di 8 campionamenti per E. coli per ciascun punto di campionamento di ciascuna area classificata (linea guida comunitaria EURL CEFAS), inseriti in SINVSA e coerenti con i punti di campionamento validati, inclusi gli esiti dei relativi esami effettuati dai laboratori sui campioni	<i>incompleta effettuazione, per ciascuna area, dei campionamenti e degli accertamenti di laboratorio inseriti in SINVSA e coerenti con i punti di campionamento validati, per E. coli, rispetto ai minimi previsti</i>	<i>effettuazione, per ciascuna area, di tutti i campionamenti e degli accertamenti di laboratorio inseriti in SINVSA e coerenti con i punti di campionamento validati, per E. coli, rispetto ai minimi previsti</i>			
18	ALIMENTI IRRADIATI - Piano nazionale di controllo ufficiale sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti - quadriennio 2015-2018 (nota DGISAN n. 4167-P-10/02/2015) -DLgs 30/1/2001 n. 94	3	Invio corretto dei dati relativi ai controlli, conformemente all'allegato 7 del Piano, entro il 31 marzo	<i>dati non inviati entro la data prevista e/o incompleti</i>	<i>dati inviati entro la data prevista e completi</i>	Rispetto del volume di attività previsto dal Piano Nazionale	<i><100% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano</i>	<i>≥100% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano</i>			
19	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003. Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti	3	validazione sul sistema applicativo web dal parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	<i>validazione effettuata oltre la scadenza prevista</i>	<i>validazione effettuata entro la scadenza prevista</i>	corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al "Piano Nazionale OGM negli alimenti" riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione [vedere annotazione]	<i>< 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione</i>	<i>≥ 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione</i>			

20	AUDIT SU STABILIMENTI - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004. Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212 concernente Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti 882/2004 e 854/2004.	4	invio entro il 28 febbraio delle tabelle di rendicontazione di cui all'allegato 9 dell'Accordo, debitamente compilate [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	<i>inviato, debitamente compilato, entro la data prevista</i>	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti, di cui all'allegato 4 all'Accordo CSR 212/2016, sulla base delle rendicontazioni fornite con le tabelle di cui all'allegato 9 (Tab. b) dell'Accordo, [vedere annotazione]	< 100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui all'Allegato 4	≥ 100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui all'Allegato 4			
21	PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	4	Dati analitici trasmessi dagli IZS in NSIS entro la fine di ciascun bimestre, relativi a campioni prelevati nel bimestre precedente. A partire dal 2° semestre 2018	< 90 % dei dati analitici caricati relativi a campioni prelevati nel bimestre precedente	≥ 90 % dei dati analitici caricati relativi a campioni prelevati nel bimestre precedente	referti rilasciati dal laboratorio entro i tempi indicati dal PNR per ciascuna delle categorie (10 giorni lavorativi per le sostanze di Cat. A e 30 giorni lavorativi per quelle di cat. B) [vedere annotazione]	< 50% dei campioni di una categoria è refertato nei tempi indicati	≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è refertato nei tempi indicati			VINCOLA NTE: sufficiente se punteggi o medio è uguale 2
22	ADDITIVI ALIMENTARI - Piano nazionale riguardante il controllo ufficiale degli additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari - anno 2015-2018 (nota DGISAN n. 4166 -P-10/02/2015) - Reg. CE 1333/2008; Reg 1129/2011; "Linee guida per la raccolta dei dati mediante NSIS - alimenti"	3	Invio completo dei dati relativi al controllo, tramite NSIS, entro la data prevista	<i>Dati non inviati entro la data prevista</i>	<i>Dati inviati entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività, previsto dal Piano Nazionale, desumibile dalla corretta compilazione dei campi e dell'identificazione e delle categorie e sottocategorie definite dal Reg 1129/2011 e dalle relative linee guida UE	<95% dei campioni minimi previsti, per ciascuna categoria, dall'allegato 2 del Piano, è inserito in NSIS correttamente e identificato	≥ 95% dei campioni minimi previsti, per ciascuna categoria, dall'allegato 2 del Piano, è inserito in NSIS correttamente identificato			
23	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. Istruzioni ministeriali; Reg. 396/2005; Regolamento di esecuzione (UE) 2015/595 e s.m.i	4	trasmissione dei dati relativi ai campioni entro la data prevista [vedere annotazione]	<i>invio dei dati oltre il termine</i>	<i>invio dei dati entro il termine</i>	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	> 6 tipi di errori contenuti nei dati trasmessi, attraverso "NSIS-Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", mediante i laboratori di cui la regione si avvale	≤ 6 tipi di errori contenuti nei dati trasmessi, attraverso "NSIS-Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", mediante i laboratori di cui la regione si avvale			VINCOLA NTE: sufficiente se punteggi o medio è uguale 2
24	PIANO COORDINATO COMUNITARIO - RESIDUI DI FITOSANITARI - Regolamento di esecuzione 2017/660 e s.m.i.	3	presenza di informazioni relative a tutte le tipologie di alimenti previste dal piano coordinato comunitario (PCC)	< 90% di campioni per ciascuna tipologia prevista dal PCC	≥ 90% di campioni per ciascuna tipologia prevista dal PCC	completezza delle informazioni rispetto agli analiti da ricercare in base al PCC	< 75% di analiti previsti per ciascuna tipologia di alimento da campionare	≥ 75% di analiti previsti per ciascuna tipologia di alimento da campionare			

25	PIANI DI MONITORAGGIO previsti da Raccomandazioni UE, per la ricerca di contaminanti negli alimenti e dalla specifica pianificazione annuale nazionale (nota DGISAN n. 48574 del 23/12/2016 e s.m.i.). Partecipazione alla fase ascendente del processo decisionale ai fini della partecipazione all'aggiornamento delle disposizioni della UE sui contaminanti. (vedere Annotazione)	4	trasmissione dei dati relativi ai Monitoraggi effettuati, previsti da Raccomandazioni comunitarie, entro la data prevista	<i>invio dei dati oltre il termine</i>	<i>invio dei dati entro il termine</i>	effettuazione di almeno 1 monitoraggio tra quelli previsti dall'UE	nessun monitoraggio, tra quelli previsti dall'UE, effettuato	effettuato almeno 1 monitoraggio tra quelli previsti dall'UE			
26	PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018 - Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGISAN n. 14944 del 14/4/2016	4	Invio corretto e completo dei dati relativi ai controlli, tramite NSIS, entro la data prevista	<i>invio dei dati oltre il termine</i>	<i>invio dei dati entro il termine</i>	volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in alimenti (PNMA)	< 90% delle coppie "micotossine/matrice" previste dalle Tabelle 2 e 3 del PNMA (programmi di campionamento) con almeno il 90% dei campioni svolti per ciascuna coppia	≥ 90% delle coppie "micotossine/matrice" previste dalle Tabelle 2 e 3 del PNMA (programmi di campionamento) con almeno il 90% dei campioni svolti per ciascuna coppia			VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
27	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	3	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato	<i>meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nell'anno di riferimento è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	<i>almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nell'anno di riferimento è stato basato su un riconoscimento condizionato</i>	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	<i>meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nell'anno di riferimento sono stati basati su riconoscimento o condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>	<i>almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nell'anno di riferimento sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04</i>			
28	AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota DGISAN 46979 del 22 dicembre 2014, e s.m.i., concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali	3	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	<i>comunicazione inviata oltre il termine</i>	<i>comunicazione inviata entro il termine</i>	compilazione corretta e completa di tutte le voci previste dalla tabella di rilevazione, basata su una attività di audit effettivamente svolta nell'anno precedente [vedere annotazione]	<i>tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non utilizzabile e/o non basata su una attività di audit svolta nell'anno precedente</i>	<i>tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nell'anno precedente</i>			

29	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"	3	trasmissione al Ministero della salute, entro il 30 aprile, dell'allegato 3 del DM 24/1/2011 concernente i dati relativi alle somme effettivamente percepite e i costi del servizio prestato	<i>non trasmesso entro la data prevista</i>	<i>trasmesso entro la data prevista</i>	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	<i>allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti</i>	<i>allegato 3 inviato, corretto e completo</i>			
30	CONTROLLI UFFICIALI su stabilimenti alimentari. Intesa CSR 212/2016	4	invio, entro la data prevista, delle rendicontazioni previste dall'Intesa CSR 212/2016 "Linea guida per il controllo ufficiale ai sensi del Regolamento CE/882/2004 e CE/854/2004" [vedere annotazione]	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	<i>inviato, debitamente compilato, entro la data prevista</i>	completezza delle informazioni trasmesse con le Tabelle B e C-Ispezioni e Tabelle B e C-Audit, conformi agli allegati all'Intesa CSR 212/2016 "Linea guida per il controllo ufficiale ai sensi del Regolamento CE/882/2004 e CE/854/2004"	<i>< 90% dei campi non compilati</i>	<i>> del 90 % dei campi complitati</i>			
	TOTALE	100									

NOTE

NB.: nel caso uno dei due criteri non sia valutabile per mancata occorrenza dell'evento da valutare, si considera unicamente il punteggio dell'altro criterio applicabile. Nel caso in cui entrambe i criteri del flusso non siano valutabili, il peso dell'indicatore viene scomputato dal punteggio totale raggiungibile.

FLUS. INF. 1.1: Data prevista con nota ministeriale emanata a seguito del meeting annuale della Plenary Task Force europea

FLUS. INF. 1.2: Data prevista con nota ministeriale emanata a seguito del meeting annuale della Plenary Task Force europea. Il requisito di correttezza e completezza della relazione e delle attività che generano le informazioni che supportano la relazione medesima è soddisfatto se, per la brucellosi di ciascuna delle specie bovina, bufalina, ovina e caprina sussistono tutte le seguenti condizioni: a) inserimento della programmazione delle attività in SANAN, b) almeno l'80% dei controlli sierologici e sul latte sono stati caricati in modo continuativo e regolare sul sistema SANAN, e c) almeno l'80% degli esiti analitici caricati dagli IZS nel sistema, rispetto al totale dei controlli effettuati, e d) dalle relazioni si ha evidenza della esecuzione delle verifiche di efficacia previste dall'OM 28/5/2015

FLUS. INF. 2.1: Data prevista per il caricamento dati in SANAN: 1 marzo. Fermo restando che il valore atteso è 100%, la soglia di sufficienza - per il solo 2018 - è del 80 % in ciascuna delle specie

FLUS. INF. 3.1: Data prevista con nota ministeriale emanata a seguito del meeting annuale della Plenary Task Force europea

FLUS. INF. 4.1: la data prevista per la rendicontazione del PNAA è il 28 febbraio. In dati possono essere trasmessi, in alternativa, attraverso il sistema SINVSA.

FLUS. INF. 4.2: la data prevista per la rendicontazione del PNAA è il 28 febbraio 2018.

FLUS. INF. 5.2: la data prevista per la rendicontazione del PNAA è il 28 febbraio

FLUS. INF. 6.1: la data prevista è il 28 febbraio 2018

FLUS. INF. 6.2: la conformità dei dati è valutata dall'ufficio 6 - DGSAF sulla base dei dati trasmessi con il flusso comunitario e la rispondenza alle istruzioni correlate. Documentazione e spiegazione di ciascuna valutazione è assicurata agli atti dell'ufficio benessere

FLUS. INF. 7.1: la data prevista è il 28 febbraio

FLUS. INF. 10.1: la data prevista è il 31 marzo 2018

FLUS. INF. 10.2: L'articolo 68 riguarda i grossisti; l'articolo 70,c.1 riguarda le farmacie e le parafarmacie che vendono farmaci veterinari; l'articolo 71 riguarda i grossisti autorizzati alla attività di vendita diretta e non di vendita al dettaglio; l'art. 80 riguarda tutti gli impianti autorizzati alla detenzione di scorte di medicinali, tra cui, in particolare: art. 81 - allevamenti destinati alla produzione di alimenti (DPA) con scorte di medicinali, art 82 - allevamenti non DPA, art 84 - impianti di cura, art 85 - attività zootiatrica. Le frequenze minime di controllo sono quelle previste dalla linea guida approvata con nota DGSAF n. 1466 del 26/01/2012. In caso di controlli effettuati pari al valore di (controllabili -1), si considera sufficiente. NB. nel calcolo sono ricompresi, oltre le ispezioni effettuate in loco, anche i controlli da remoto effettuati in BDN;

FLUS. INF. 11.1: la registrazione si considera corretta e completa se è stata soddisfatta, la seguente tempistica prevista:

- a) 30 giorni dal prelievo, in almeno il 90% dei casi, se i risultati sono negativi,
- b) 7 giorni dalla comunicazione di positività a salmonelle rilevanti per il 100% dei casi positivi.

FLUS. INF. 11.2: il termine previsto per la validazione nel Sistema rendicontazione è fissato annualmente, con Nota della DGSAF entro gennaio, coerentemente con le esigenze di rendicontazione che saranno rappresentate dalla Commissione europea.

FLUS. INF. 12.1: il termine previsto è il 31-3-2018

FLUS. INF. 12.2 : nota DGSAF n. 1800 del 2/2/2011. Prevede la trasmissione entro il 10 aprile di ogni anno,

FLUS. INF. 13: Si è deciso di individuare criteri di valutazione minimi.

FLUS. INF. 13.2 : si considera adeguata la qualità dei dati regionali/provinciali, se basati su una attività di genotipizzazione che abbia riguardato almeno il 30% delle aziende di ovini registrate in BDN al 31/12/2018

FLUS. INF. 15.1: sono escluse dal calcolo le aziende con 1 suino

FLUS. INF. 19.1: i laboratori devono caricare i dati entro il 31 luglio e 31 gennaio di ciascun anno. Sarà valutata la validazione da parte della regione effettuata entro l'ultimo giorno del mese di febbraio

FLUS. INF. 19.2: per il 2018 si fa riferimento all'allegato 2 del PNOGM

FLUS. INF. 20.1: la data del 28 febbraio è prevista dal Capitolo 9 dell'Accordo CSR 212/2016

FLUS. INF. 20.2: non essendo prevista la rendicontazione del numero di stabilimenti per ciascuna delle categorie a rischio "Basso", "Medio" e "Alto", si assume come valore limite, oltre il quale non è possibile ritenere sufficiente l'attività, il numero minimo di audit previsto per la categoria con frequenza di audit più bassa.

FLUS. INF. 21.2: la determinazione del risultato deve tenere conto di tutte le eccezioni previste dal PNR (per tenere conto dei giorni non lavorativi si considereranno, ai fini del calcolo 14 giorni per la Cat. A e 42 giorni per la Cat. B).

FLUS. INF. 23.1: la data prevista è il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, salvo deroga a fine maggio, conseguente a indicazioni annuali fornite da EFSA

FLUS. INF. 25.1 e 25.2 Raccomandazioni UE di riferimento per il gruppo "contaminanti industriali, ambientali e di processo": Raccomandazione n. 2017/84 monitoraggio idrocarburi di oli minerali nei prodotti alimentari e nei MOCA; Racc. n. 2016/1111 relativa al monitoraggio del nichel negli alimenti; Racc. n. 2015/1381/UE relativa al monitoraggio dell'arsenico negli alimenti; Racc. n. 2014/661 monitoraggio presenza di 2- e 3-monocloro-1,2-propandiolo (2- e 3-MCPD), di 2- e 3-MCPD esteri degli acidi grassi e di glicidil esteri degli acidi grassi negli alimenti. Raccomandazioni UE di riferimento per il gruppo "contaminanti agricoli e le tossine vegetali": Racc. 2013/165 tossine T-2 e HT-2 nei cereali e nei prodotti a base di

cereali; Racc. 2016/2115 monitoraggio presenza di Δ^9 -tetraidrocannabinolo, precursori e derivati della cannabis negli alimenti; Racc 2015/976 monitoraggio della presenza di alcaloidi tropanici negli alimenti; Racc. 2012/154 alcaloidi della *Claviceps* spp. in alimenti e mangimi; accordi raggiunti in ambito PAFF Committee (ex SCoFCAH) su ricerca contaminanti (nota DGISAN n. 48574 del 23/12/2016- uff 6, con la quale si è dato seguito agli accordi presi con la Commissione).

FLUS. INF. 27.2: sarà valutato sufficiente se almeno il 90 % dei riconoscimenti condizionati rilasciati nel 1° semestre sono stati trasformati/revocati in definitivi nel 2° semestre; le regioni che rilasciano direttamente il definitivo, in difformità dalle disposizioni previste, saranno valutate insufficienti

FLUS. INF. 28.1 e 28.2: scadenza prevista: 28 febbraio. Si considerano soddisfatti i criteri di copertura e di qualità solo nel caso in cui la risposta soddisfacente riguardi tutti i Servizi regionali competenti (Servizio veterinario e Servizio di igiene degli alimenti e nutrizione)

FLUS. INF. 29.2: per compilazione completa si intende la compilazione di tutti i campi, e la tabella è comprensiva dei dati relativi a tutte le ASL della Regione, come disposto con nota DGISAN n. 40927-08/10/2013

FLUS. INF. 30.2: la data prevista è il 3 marzo di ciascun anno.

SCHEMA DI VALUTAZIONE FINALE

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

C.14 – C.15) FLUSSI INFORMATIVI DELLA FARMACEUTICA

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

C.14

La valutazione terrà conto dei dati relativi alla **distribuzione diretta dei farmaci**, presenti nel NSIS relativamente al periodo gennaio-dicembre 2018, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

C.15

La valutazione terrà conto dei dati relativi ai **consumi ospedalieri di medicinali**, presenti nel NSIS relativamente al periodo gennaio-dicembre 2018, ai sensi del DM 4 febbraio 2009.

La Regione risulta adempiente se:

1. Sono rispettate le verifiche previste dalla nota DGPROGS 37535-P del 23/11/2017*;

Ufficio competente: Ufficio IV DGSISS

* in collaborazione con Ufficio IV DGPROG

C.16) MONITORAGGIO GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

La Regione risulta adempiente se:

Per le apparecchiature ricomprese nel primo elenco di cui all'allegato 1 del DM 22.04.2014, ha curato la rilevazione delle apparecchiature in uso alla data del 31.12.2019 da parte:

- delle strutture pubbliche
- delle strutture private accreditate
- delle strutture di ricovero e cura private non accreditate^(*)

Per le ulteriori apparecchiature individuate (Angiografi e Mammografi) ha curato la rilevazione delle apparecchiature in uso alla data del 31.12.2019 da parte:

- delle strutture pubbliche
- delle strutture private accreditate
- delle strutture di ricovero e cura private non accreditate^(*).

^(*) Sono escluse le strutture private territoriali per le quali non è disponibile la relativa codifica nel modello STS.11 (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.).

E) MANTENIMENTO EROGAZIONE DEI LEA

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

E.1

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

N.	Livello di assistenza	Definizione	Formula	Note per l'elaborazione
1	Prevenzione	1.1 Rapporto tra numero di soggetti vaccinati con cicli completi (3 dosi) entro i 24 mesi di età, per: polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) valutati al compimento del 24° mese di età	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	Vaccinazioni obbligatorie: difterite, tetano, polio, epatite B, pertosse Hib, MPR (oltre a varicella, per effetto del D.L.73/2017). Vaccinazioni raccomandate: influenza nell'anziano. I dati di copertura vaccinale forniti dalle Regioni devono essere calcolati attraverso una Anagrafe Unica Vaccinale Regionale, dove per Anagrafe Unica Vaccinale Regionale si intende un applicativo software che gestisca complessivamente tutta l'attività vaccinale, che sia utilizzato su tutto il territorio da tutti gli operatori interessati, che consenta operazioni omogenee e che copra simultaneamente il 100% della popolazione residente e domiciliata sul territorio regionale. Tale Anagrafe, come determinato dalla legge sull'obbligo vaccinale (n. 119/2017) e dalle successive circolari (in particolare quella del 27/02/2018) deve altresì consentire l'aggiornamento degli elenchi scolastici in merito alla situazione di adempimento alle vaccinazioni previste per età. Si attribuisce valore 0 nel caso di non presenza dell'AVI regionale o quando, pur essendoci una AVI Regionale, il punteggio dell'indicatore U5 dell'adempimento U è inferiore a 10 (ovvero non tutte le ASL o Aree - nel caso di ASL unica regionale - di quella Regione sono dotate di AVI) o non tutte le AVI a livello di ASL o di Area alimentano il database di dati individuali dell'AVI Regionale. La popolazione di riferimento per il calcolo delle coperture vaccinali è la popolazione ISTAT della rispettiva coorte di nascita.
		1.2 Rapporto tra numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con 1 dose di vaccino MPR e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) valutati al compimento del 24° mese di età	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino MPR Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	
		1.3 Rapporto tra numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza e numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni residenti	Numeratore: numero di soggetti di età >= 65 anni vaccinati per influenza Denominatore: numero di soggetti di età >=65 anni residenti	

2	Prevenzione	<p>2 Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cervice uterina - mammella - colon retto 	<p>- Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella / [donne residenti (50-69) / 2- escluse prima dell'invito] *100</p> <p>- (Persone in età target che eseguono il pap test di screening per cervice uterina +persone in età target che eseguono come test primario l'HPV*5/3) / [donne residenti (25-64) /3- escluse prima dell'invito] * 100</p> <p>- Persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto / [persone residenti (50-69) /2 - esclusi prima dell'invito] * 100</p> <p>Nel caso dello screening colo rettale basato sulla sigmoidoscopia:</p> <p>-Persone in età target che eseguono il test di screening sigmoidoscopia*6 + persone che eseguono il test di screening ricerca del sangue occulto / [persone residenti (58-69)-esclusi prima dell'invito /2] * 100</p>	<p>Per il numeratore: Sistema Informativo Screening. Per il denominatore: l'ISTAT fornisce la popolazione per sesso, età, regione di residenza.</p> <p>Nel caso dello screening colo rettale, la popolazione di riferimento è quella coperta dal protocollo di screening (50-69 anni per il SOF e 58-69 anni per la RS).</p> <p>Nel denominatore dell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo quindi che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni).</p> <p>Per i programmi di screening cervicale e colo-rettale, che utilizzano test con intervalli lunghi (la RS è offerta una volta nella vita e ha una durata dell'effetto protettivo di oltre 12 anni, coprendo l'intero arco di età bersaglio 58-69, l'HPV ogni 5 anni) il calcolo del numeratore è corretto per tenere conto della maggiore durata dell'effetto protettivo.</p> <p>Nel caso del programma basato sulla sigmoidoscopia come primo test ed esame del sangue occulto per i non rispondenti, cambia la popolazione target e cambia il peso del singolo test.</p> <p>Lo score totale dell'indicatore è calcolato sommando gli scores dei singoli programmi di screening a cui è attribuibile un punteggio che varia da 0 a 5.</p> <table border="1" data-bbox="986 712 1452 918"> <thead> <tr> <th>SCORE</th><th>0</th><th>1</th><th>3</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Scr.</td><td>0%</td><td>6%</td><td>35%</td><td>≥ 60%</td></tr> <tr> <td>Mam</td><td>5%</td><td>34%</td><td>59%</td><td></td></tr> <tr> <td>Scr..</td><td>0%</td><td>6%</td><td>25%</td><td>≥ 50%</td></tr> <tr> <td>Cerv.</td><td>5%</td><td>24%</td><td>49%</td><td></td></tr> <tr> <td>Scr.</td><td>0%</td><td>6%</td><td>25%</td><td>≥ 50%</td></tr> <tr> <td>Colo-rettale</td><td>5%</td><td>24%</td><td>49%</td><td></td></tr> </tbody> </table>	SCORE	0	1	3	5	Scr.	0%	6%	35%	≥ 60%	Mam	5%	34%	59%		Scr..	0%	6%	25%	≥ 50%	Cerv.	5%	24%	49%		Scr.	0%	6%	25%	≥ 50%	Colo-rettale	5%	24%	49%	
SCORE	0	1	3	5																																			
Scr.	0%	6%	35%	≥ 60%																																			
Mam	5%	34%	59%																																				
Scr..	0%	6%	25%	≥ 50%																																			
Cerv.	5%	24%	49%																																				
Scr.	0%	6%	25%	≥ 50%																																			
Colo-rettale	5%	24%	49%																																				
3	Prevenzione	<p>3.2 Indicatore composito sugli stili di vita</p>	<p>Numeratore: numero di soggetti residenti nella regione che presentano un punteggio maggiore o uguale a 2, come somma dei punteggi seguenti:</p> <p>FUMO:</p> <p>0 = Mai fumatore ed ex-fumatore (non fuma attualmente)</p> <p>1 = Fumatore moderato (<20 sigarette)</p> <p>2 = Fumatore forte (≥ 20 sigarette)</p> <p>ECCESSO PONDERALE</p> <p>0 = Normopeso + sottopeso (BMI < 25 kg/m²)</p> <p>1 = Sovrappeso (BMI: [25.0-29.9] kg/m²)</p> <p>2 = Obeso (BMI ≥ 30 kg/m²)</p> <p>ALCOL:</p> <p>0 = Astemio + consumo moderato</p> <p>1 = Consumo a rischio (consumo abituale elevato, binge, fuori pasto.)</p> <p>SEDENTARIETA':</p> <p>0 = Parzialmente attivi (nessuna attività lavorativa pesante + attività fisica nel tempo libero che non raggiunge però i livelli raccomandati dalle linee guida, ovvero, meno di 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana o meno di 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni settimanali) o Attivi (secondo le linee guida)</p> <p>1 = Sedentari (nessuna attività lavorativa pesante + nessuna attività nel tempo libero)</p> <p>Denominatore: popolazione 18-69 anni residente nella Regione</p>	<p>L'indicatore descrive, per ogni Regione, i cambiamenti relativi nel tempo della prevalenza di soggetti con determinati comportamenti o stili di vita, come proxy dell'outcome degli interventi di prevenzione e di promozione di stili di vita salutari messi in atto dalle Regioni.</p> <p>L'indicatore viene calcolato a livello centrale (Ufficio IX della DG prevenzione) sulla base dei dati dell'Indagine multiscopo annuale "Aspetti della vita quotidiana" e del sistema di sorveglianza PASSI forniti, rispettivamente, dall'Istat e dall'Istituto superiore di sanità</p>																																			

4	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	4 Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	(numero di aziende oggetto di controllo) / (numero di aziende con dipendenti ≥ 1 + numero aziende artigiane con ≥ 1 artigiano) x 100	<p>(Fonte: Sistema informativo nazionale per la prevenzione (SINP) nei luoghi di lavoro, istituito con D.lgs 9 aprile 2008 n. 81 e successive modifiche e integrazioni.</p> <p>Il Decreto ministeriale che (come previsto dal D.lgs 81/2008) definisce le regole tecniche per la realizzazione ed il funzionamento del SINP, nonché le regole per il trattamento dei dati è stato emanato. Il numeratore è costruito sommando le voci della scheda interregionale di rilevazione delle attività svolte per la tutela del lavoratore relativa alle aziende controllate in tutti i comparti.</p> <p>L'indicatore misura il raggiungimento del valore soglia di copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di intervento ispettivo in un anno, valore già individuato con D.P.C.M. 17 dicembre 2007 "Esecuzione accordo 1 agosto 2007, recante "Patto per la tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro").</p>
5	Prevenzione veterinaria	5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	(Allevamenti controllati nell'anno di riferimento/allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento) x 100	Piano nazionale per la eradicazione della tubercolosi nei bovini. Fonte: "SISTEMA RENDICONTAZIONE"; Base legale: Dec 2008/940/CE e Dec 2003/886/CE. Verrà conteggiata la percentuale degli allevamenti controllati rispetto a quelli soggetti al controllo, che sono individuati in relazione allo stato sanitario del territorio. Il punteggio è correlato all'ulteriore condizione: mantenimento della qualifica di Ufficialmente indenne e/o, prevalenza delle aziende infette e relativo trend (la prevalenza è la percentuale delle aziende infette sul totale delle aziende. Per il calcolo della prevalenza si considera l'azienda come unità epidemiologica)
		5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie	(Allevamenti controllati nell'anno di riferimento/allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento) x 100	<p>Piano nazionale per la eradicazione della brucellosi negli animali</p> <p>Fonte: "SISTEMA RENDICONTAZIONE"; sistema SANAN. Base legale: Dec 2008/940/CE e Dec 2003/886/CE; OM 28/05/2015.</p> <p>Per la brucellosi considerare, per ciascuna specie (bovini, bufalini e ovini e caprini), la percentuale degli allevamenti controllati sul totale di quelli soggetti a controllo, che sono individuati in relazione allo stato sanitario del territorio. Il punteggio è correlato all'ulteriore condizione: - mantenimento della qualifica di Ufficialmente indenne e/o, prevalenza delle aziende infette e relativo trend (la prevalenza è la percentuale delle aziende infette sul totale delle aziende. Per il calcolo della prevalenza si considera l'azienda come unità epidemiologica)</p> <p>Per tutte le Regioni il punteggio è correlato ad una ulteriore condizione: la presenza nel sistema informativo SANAN dei controlli sierologici svolti. Se risultano inseriti in SANAN meno dell'80% dei controlli sierologici dichiarati con le rendicontazioni, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore</p> <p>Il linea generale i criteri di valutazione sono stati definiti con i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attribuire il punteggio massimo alle Regioni che garantiscono lo status sanitario ottimale - attribuire un punteggio inferiore alle Regioni che mostrano un trend di infezione in peggioramento - vincolare la valutazione al grado di utilizzo degli strumenti informatici, che il Paese ha adottato, per la più efficace gestione dei piani di risanamento
		5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	(aziende controllate nell'anno di riferimento/aziende soggette a controllo per l'anno di riferimento) x 100	<p>Controllo identificazione degli animali per finalità sanitarie. Fonte: BDN</p> <p>La percentuale dei controlli da eseguire annualmente è stabilita dai Regolamenti comunitari vigenti. Per l'anno 2012 la soglia prevista dal Reg 1505/06 è fissata al 3%.</p>

6	Prevenzione alimentare	6.1 CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI - Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	(Numero campioni analizzati / numero campioni programmati dal PNR) X 100	<p>Ricerca di residui e contaminanti negli alimenti di origine animale. Fonte: NSIS</p> <p>L'indicatore misura il grado di realizzazione del Piano nazionale residui (PNR), programma nazionale di sorveglianza e di monitoraggio della presenza, negli alimenti di origine animale, di residui di sostanze chimiche che potrebbero essere dannose per la salute pubblica, applicato ai sensi del D.Lgs 158/2006, che recepisce le Direttive comunitarie 96/22/CE e 96/23/CE e s.m.i.</p> <p>Il Piano, oltre alla valenza in termini di prevenzione per la salute umana, è uno strumento dissuasivo nei confronti dell'impiego di trattamenti illeciti sugli animali da produzione alimentare. La valutazione dell'indicatore tiene conto del numero di categorie di matrici campionate (es. bovini, suini, uova ecc) nonché del grado di attuazione del numero di campionamenti effettuati per ciascuna categoria</p> <p>Per il denominatore: Il numero dei campionamenti programmati per Regione dal PNR, predisposto annualmente dal Ministero e diramato alle Regioni.</p> <p>Per il numeratore: il numero dei campioni analizzati, verificato attraverso i dati forniti al Ministero dalle Regioni con il Sistema informativo NSIS-PNR</p>
		6.2 CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI: attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti 882/2004 e 854/2004, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGISAN n. 15168 del 12/4/2017). Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione".	(numero di tipologie di matrici alimentari con almeno il 100% di analisi svolte / numero di tipologie di matrice alimentare previste) X 100 e (percentuale delle analisi effettuate per ciascuna fase / totale delle analisi previste per ciascuna fase) X 100	<p>Controlli analitici sugli alimenti. Fonte: NSIS.</p> <p>Grado di attuazione dell'attività di controllo ufficiale per la ricerca dei pericoli chimici, fisici e microbiologici negli alimenti, nell'ambito di una programmazione minima di analisi prevista a livello nazionale dall'Accordo CSR rep 212/2016 (altri pericoli previsti da specifiche norme vigenti, basati su un approccio risk-based sono presi in considerazione nei PRIC-Piani regionali integrati di controllo).</p> <p>La valutazione dell'indicatore tiene conto del grado di attuazione delle analisi previste per ciascuna matrice alimentare nonché del grado di attuazione per ciascuna fase rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione", nei casi in cui sono distinte.</p> <p>Per il denominatore: Il numero di analisi previste per la Regione dalla nota DGISAN n. 15168 del 12/4/2017 concernente la "ripartizione regionale dei controlli analitici".</p> <p>Per il numeratore: il numero di analisi effettuate, verificato attraverso i dati forniti al Ministero dalle Regioni con il Sistema informativo NSIS-VIG.</p> <p>Si terrà conto della possibilità per la Regione, di modificare di 20 punti percentuali la ripartizione delle analisi tra produzione e distribuzione, prevista dalla suddetta nota DGISAN.</p>
		6.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti	(Numero campioni analizzati / numero campioni programmati) X 100	<p>Ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale.</p> <p>Fonte: NSIS (Nuovo Sistema Alimenti – Flusso Residui Prodotti Fitosanitari).</p> <p>L'indicatore misura il grado di realizzazione dei controlli previsti nelle tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992.</p> <p>Il numeratore consiste nei campioni analizzati a tal fine per ciascuna categoria di alimenti.</p> <p>Il denominatore consiste nella quantità dei campioni previsti per ciascuna categoria di alimenti per la specifica Regione.</p> <p>NB. Sono esclusi dal conteggio i campioni analizzati con metodiche inidonee e/o da laboratori ufficiali non accreditati.</p>
7	Distrettuale	7.1 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite	<p>L'indicatore complessivo è dato dalla somma dei tassi di ospedalizzazione (standardizzati per età e genere) per patologia.</p> <p>Per ciascuna patologia il tasso è calcolato nel seguente modo: (N. dimissioni / Popolazione residente) * 100.000</p>	<p>Popolazione pediatrica, tasso ospedalizzazione standardizzato per età e genere complessivo (per 100.000 ab.) per:</p> <p>- Asma pediatrica. Diagnosi principale: codice ICD9CM 493.xx (tutti i tipi di asma). Età: < 18 anni. Esclusione: trasferiti da altra struttura; MDC 14 e MDC 15; diagnosi di fibrosi cistica o anomalie del sistema respiratorio: Codici ICD9CM 277.xx, 516.xx, 747.21, 748.3, 748.4, 748.5, 748.6x, 748.8, 748.9, 750.3, 750.93, 770.7.</p> <p>- Gastroenterite pediatrica. Diagnosi principale: 008.6x, 008.8, 009.x, 558.9. Età: < 18 anni. Esclusione: trasferiti da altra struttura; DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390; diagnosi di anomalie gastrointestinali o gastroenterite batterica: Codici ICD9CM 535.7x, 538, 555.x, 556.x, 558.x, 579.x, 003.0, 004.x, 005.xx, 006.0, 006.1, 007.x, 008.0x, 008.1, 008.2, 008.3, 008.4x, 008.5, 112.85.</p> <p>Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza in modalità ordinaria per le discipline per acuti. Fonte SDO – Anno 2019.</p> <p>La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al censimento 2001 per le seguenti classi d'età: 0, 1-4, 5-9, 10-14, 15-17.</p> <p>Fonte: Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento.</p> <p>Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'ultimo anno disponibile.</p>

7	Distrettuale	7.2 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	L'indicatore complessivo è dato dalla somma dei tassi di ospedalizzazione (standardizzati per età e genere) per patologia. Per ciascuna patologia il tasso è calcolato nel seguente modo: (N. dimissioni / Popolazione residente) * 100.000	Popolazione adulta, tasso ospedalizzazione standardizzato per età e genere complessivo (per 100.000 ab.) per: - Complicanze a breve termine del diabete. Diagnosi principale: codice 250.1x, 250.2x, 250.3x . Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Complicanze a lungo termine tardive del diabete: Diagnosi principale: codice 250.4x, 250.5x, 250.6x, 250.7x, 250.8x, 250.9x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Scompenso cardiaco: Diagnosi principale: codici 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14; pazienti provenienti da altri istituti di cura; pazienti con procedure chirurgiche cardiache: codice ICD9CM 00.5x, 00.66, 35.xx, 36.xx, 37.xx. - Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO): Diagnosi principale: codice 490, 491.xx, 492.x, 494.x, 496.x oppure 466.0 ed almeno una delle seguenti diagnosi secondarie: codice 491.xx, 492.x, 496.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza in modalità ordinaria per le discipline per acuti. Fonte SDO – Anno 2019. La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al censimento 2001 per classi d'età quinquennali (a partire dai 18 anni). Fonte: Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento. Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'ultimo anno disponibile
8	Distrettuale domiciliare anziani	8 Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	(Numero di anziani trattati in ADI residenti nella regione / Popolazione anziana residente) *100	Fonte: NSIS – DM 17 dicembre 2008 -Flusso Assistenza Domiciliare (SIAD) - Anno 2019 Si considerano gli assistiti con prese in carico già aperte al 1 gennaio 2017 o aperte nel corso dello stesso anno, per le quali sia stato inviato almeno un accesso. Sono, inoltre, escluse dal calcolo le prese in carico con CIA 0. Per la definizione delle soglie è stato calcolato il valore mediano ed il 30° percentile della distribuzione dell'ultimo anno disponibile escludendo le regioni con copertura temporale e territoriale < 100% nonché le regioni non sottoposte a verifica LEA
9	Distrettuale residenziale anziani	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	(Sommatoria delle giornate di assistenza dell'anno di riferimento/365) /popolazione anziana residente *1000	Fonte: NSIS – DM 17 dicembre 2008 -Flusso Assistenza semiresidenziale e residenziale (FAR) - Anno 2019 Per ogni ammissione attiva di un soggetto residente nella regione, sono calcolati i giorni di assistenza nell'anno di riferimento/365. Quindi si è rapportata la sommatoria di questi valori sulla popolazione residente nella regione ≥ 65 anni *1000. Per la definizione delle soglie è stato calcolato il valore mediano ed il 30° percentile della distribuzione dell'ultimo anno disponibile escludendo le regioni con copertura temporale e territoriale < 100% nonché le regioni non sottoposte a verifica LEA
		9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	(Posti nelle strutture residenziali per anziani/ Popolazione anziana residente) * 1.000	Fonti: NSIS – DM 5 dicembre 2006, Modello STS.24 Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale - Quadro G: Posti di assistenza residenziale agli anziani. Le unità di rilevazione del modello STS.24 sono le strutture territoriali pubbliche e private accreditate. ISTAT – popolazione residente al 1° gennaio dell'anno di riferimento di età ≥ 65 anni. Validità del dato (-1): Con riferimento all'adempimento C "Obblighi informativi", i dati sono considerati validi se per il flusso informativo STS.24 la copertura ottiene la valutazione "adempiente" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti è assegnato il punteggio -1.

10	Distrettuale disabili	10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	(Giornate di assistenza per attività residenziale rilevate con il modello RIA.11 quadro H / 365 + Giornate di assistenza per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS.24 quadro G / 365) / Popolazione residente * 1.000	<p>Fonti: NSIS – DM 5 dicembre 2006, Modello RIA.11 Istituti o centri di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 - Quadro H: Giornate di assistenza in regime residenziale e Modello STS.24 Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale - Quadro G: Giornate di assistenza in regime residenziale ai disabili psichici e ai disabili fisici indipendentemente dalla regione di residenza.</p> <p>Le unità di rilevazione dei modelli STS.24 e RIA.11 sono le strutture territoriali pubbliche e private accreditate.</p> <p>ISTAT – popolazione residente al 1° gennaio dell’anno di riferimento.</p> <p>Validità del dato (-1): Con riferimento all’adempimento C “Obblighi informativi”, i dati sono considerati validi se per i flussi informativi RIA.11 e STS.24 la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.</p>
		10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	(Giornate di assistenza per attività semiresidenziale rilevate con il modello RIA.11 quadro H / 365 + Numero di giornate per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS.24 quadro F / 365) / Popolazione residente * 1.000	<p>Fonti: NSIS – DM 5 dicembre 2006, Modello RIA.11 Istituti o centri di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 - Quadro H: Giornate di assistenza in regime semiresidenziale e Modello STS.24 Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale - Quadro F: Giornate di assistenza in regime semiresidenziale ai disabili psichici e ai disabili fisici indipendentemente dalla regione di residenza.</p> <p>Le unità di rilevazione dei modelli STS.24 e RIA.11 sono le strutture territoriali pubbliche e private accreditate.</p> <p>ISTAT – popolazione residente al 1° gennaio dell’anno di riferimento.</p> <p>Validità del dato (-1): Con riferimento all’adempimento C “Obblighi informativi”, i dati sono considerati validi se per i flussi informativi RIA.11 e STS.24 la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.</p>
		10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	(Posti per assistenza residenziale rilevati con il modello RIA.11 quadro F + Posti per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevati con il modello STS.24 quadro G) / Popolazione residente * 1.000	<p>Fonti: NSIS – DM 5 dicembre 2006, Modello RIA.11 Istituti o centri di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 - Quadro F: Posti per assistenza residenziale e Modello STS.24 Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale – Quadro G: Posti di assistenza in regime residenziale ai disabili psichici e ai disabili fisici.</p> <p>Le unità di rilevazione dei modelli STS.24 e RIA.11 sono le strutture territoriali pubbliche e private accreditate.</p> <p>ISTAT – popolazione residente al 1° gennaio dell’anno di riferimento.</p> <p>Validità del dato (-1): Con riferimento all’adempimento C “Obblighi informativi”, i dati sono considerati validi se per i flussi informativi RIA.11 e STS.24 la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.</p>
		10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	(Posti per assistenza semiresidenziale rilevati con il modello RIA.11 quadro F + Posti per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevati con il modello STS.24 quadro F) / Popolazione residente * 1.000	<p>Fonti: NSIS – DM 5 dicembre 2006, Modello RIA.11 Istituti o centri di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 - Quadro F: Posti per assistenza semiresidenziale e Modello STS.24 Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale – Quadro F: Posti di assistenza in regime semiresidenziale ai disabili psichici e ai disabili fisici.</p> <p>Le unità di rilevazione dei modelli STS.24 e RIA.11 sono le strutture territoriali pubbliche e private accreditate.</p> <p>ISTAT – popolazione residente al 1° gennaio dell’anno di riferimento.</p> <p>Validità del dato (-1): Con riferimento all’adempimento C “Obblighi informativi”, i dati sono considerati validi se per i flussi informativi RIA.11 e STS.24 la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.</p>
11	Distrettuale malati terminali	11 Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	(Posti letto in hospice / Media deceduti per tumore) * 100	<p>Fonti: NSIS – DM 5 dicembre 2006, Modello STS.24 Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale - Quadro G: Posti di assistenza in regime residenziale ai malati terminali.</p> <p>Le unità di rilevazione del modello STS.24 sono le strutture territoriali pubbliche e private accreditate.</p> <p>ISTAT – mortalità per cause di tumore, ultimo triennio disponibile.</p> <p>Validità del dato (-1): Con riferimento all’adempimento C “Obblighi informativi”, i dati sono considerati validi se per il flusso informativo STS.24 la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.</p>

12	Distrettuale farmaceutica	12 Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	(Consumi del PHT, espressi in DDD, in distribuzione diretta e per conto/ consumi del PHT, espressi in DDD, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata) * 100	<p>Fonti: NSIS - DM 31 luglio 2007 - Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto – Tracciato Fase 3; AIFA - Farmaceutica convenzionata.</p> <p>I farmaci del PHT rappresentano i farmaci della cosiddetta continuità assistenziale ospedale/territorio.</p> <p>Validità del dato: i dati della distribuzione diretta sono considerati mancanti (punteggio di valutazione pari a -1) se, con riferimento al punto C.14 del questionario adempimenti LEA 2019, la regione non riceve la valutazione di “adempiente”. I dati della distribuzione diretta sono considerati come palesemente errati se in uno o più mesi il valore delle DDD è superiore di oltre il 60% rispetto al valore medio regionale del periodo osservato.</p>
13	Distrettuale specialistica	13 Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	(Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica effettuate sulla popolazione residente / Popolazione residente) * 100	<p>Per il calcolo dell'indicatore sono utilizzate le prestazioni di risonanza magnetica individuate sia dal nomenclatore nazionale (codice prestazione: 88.91.1 - 88.91.8; 88.92 - 88.92.9; 88.93 - 88.93.1; 88.94.1 - 88.94.3; 88.95.1 - 88.95.6) sia dallo specifico nomenclatore regionale. Fonte: NSIS - Flusso di specialistica ambulatoriale Art 50 (Legge 326/2003)</p>
14	Distrettuale salute mentale	14 Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	Rapporto, per 1000 abitanti residenti, tra il numero assistiti residenti presso i Dipartimenti di salute mentale (DSM) nel periodo di riferimento e la popolazione residente nel periodo di riferimento.	<p>Fonte: NSIS – DM 15 ottobre 2010 -Flusso Salute Mentale (SISM)- Anno 2019</p> <p>Per assistito si intende qualunque soggetto che abbia avuto almeno un contatto a cui viene aperta una scheda paziente.</p> <p>Il calcolo è da effettuare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • su tutti i servizi del DSM servizi per adulti; • la popolazione target deve comprendere i > 18 anni; • al numeratore devono essere considerati i soli soggetti residenti. <p>Per la definizione delle soglie è stato calcolato il valore mediano ed il 30° percentile della distribuzione dell'ultimo anno disponibile escludendo le regioni con copertura temporale e territoriale < 100% nonché le regioni non sottoposte a verifica LEA</p>
15	Ospedaliera	15.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti	(Numero dimissioni /Popolazione residente) * 1.000	<p>Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza in modalità ordinaria e diurna per le discipline per acuti, riabilitazione e lungodegenza. Fonte SDO – Anno 2019</p> <p>Per la modalità diurna considerare come ricovero unitario l'intero ciclo di trattamento del paziente nella medesima struttura e non i singoli accessi nell'arco di un anno. Sono esclusi i neonati sani.</p> <p>Il trasferimento di un paziente da un'unità operativa all'altra dello stesso istituto non comporta la compilazione di una nuova scheda di dimissione. Fanno eccezione i casi di passaggio da ricovero ordinario a ricovero diurno o viceversa e i passaggi da ricovero per acuti o riabilitazione o lungodegenza e viceversa. La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al censimento 2001.</p> <p>Fonte: Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento</p> <p>Validità del dato (-1): con riferimento all'adempimento C “Obblighi informativi” (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1. Il valore normale è definito in coerenza con la Legge n.135 del 7 agosto 2012.</p>
		15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	(Numero di dimissioni diurne di tipo diagnostico / Popolazione residente) * 1.000	<p>Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza in modalità diurna per le discipline per acuti. Fonte SDO – Anno 2019</p> <p>Fonte: Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento</p> <p>Validità del dato (-1): con riferimento all'adempimento C “Obblighi informativi” (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.</p>
		15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	(N accessi diurni di tipo medico / Popolazione residente) * 1.000	<p>Giornate di degenza nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti in modalità diurna per le discipline per acuti. La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al censimento 2001. Fonte SDO – Anno 2019.</p> <p>Validità del dato (-1): con riferimento all'adempimento C “Obblighi informativi” (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1.</p>

17	Ospedaliera	17 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	(N. dimissioni in regime ordinario con DRG "inappropriato" / N. dimissioni in regime ordinario con DRG non "inappropriato")	<p>Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in regime ordinario per le discipline per acuti. Fonte SDO – Anno 2019</p> <p>L' indicatore è calcolato come rapporto tra le dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo il Patto della Salute 2010-2012 all. B (cfr. art 6, c.5) e le dimissioni non attribuite ai suddetti DRG ad alto rischio di inappropriatezza. Sono stati considerati i criteri di inclusione/esclusione per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria (rif. Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, Allegato B art. 6, c. 5) Sono esclusi i neonati sani dal denominatore.</p> <p>Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'ultimo anno disponibile. Validità del dato (-1): con riferimento all'adempimento C "Obblighi informativi" (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "adempiente" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti è assegnato il punteggio -1.</p>
18	Ospedaliera	18.1 .1 Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti	(Dimissioni con parto cesareo primario/Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo) * 100	<p>Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti. Vengono considerati esclusivamente i ricoveri per parto effettuati in strutture che effettuano almeno 1.000 parti l'anno. Sono escluse le donne non residenti in Italia. Età compresa tra 10 e 55 anni. Vengono considerati i DRG 370; 371 al numeratore (per i soli parti cesarei primari), mentre al denominatore (per il totale parti cesarei primari e naturali) sono da considerare i DRG 370;371;372;373;374;375. Sono escluse sia al numeratore che al denominatore le donne con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto. Sono da escludere le dimissioni con diagnosi di nato morto. Fonte: SDO – Anno 2019. Validità del dato (-1): con riferimento all'adempimento C "Obblighi informativi" (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "adempiente" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti è assegnato il punteggio -1.</p>
		18.1.2 Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	(Dimissioni con parto cesareo primario/Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo) * 100	<p>Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti. Vengono considerati esclusivamente i ricoveri per parto effettuati in strutture che effettuano meno di 1.000 parti l'anno. Sono escluse le donne non residenti in Italia. Età compresa tra 10 e 55 anni. Vengono considerati i DRG 370; 371 al numeratore (per i soli parti cesarei primari), mentre al denominatore (per il totale parti cesarei primari e naturali) sono da considerare i DRG 370; 371; 372; 373; 374; 375. Sono escluse sia al numeratore che al denominatore le donne con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto. Sono da escludere le dimissioni con diagnosi di nato morto. Fonte: SDO – Anno 2019. Validità del dato (-1): con riferimento all'adempimento C "Obblighi informativi" (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "adempiente" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti è assegnato il punteggio -1.</p>
		18.2 Percentuale di parti fortemente pre-termine (22-31 settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale/Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita	<p>Fonti: NSIS - DM 349/2001 Certificato di assistenza al parto e DM 5 dicembre 2006, Modello HSP.11 Dati anagrafici delle strutture di ricovero, Modello HSP.11.bis Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero, Modello HSP.12 Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate, Modello HSP.13 Posti letto per disciplina delle case di cura private. I dati utilizzati per il calcolo dell'indicatore, rilevati con le suddette fonti informative, si riferiscono alle strutture di ricovero pubbliche, private accreditate e private non accreditate.</p> <p>Validità del dato (-1): Con riferimento all'adempimento C "Obblighi informativi", i dati sono considerati validi se per i flussi informativi CEDAP, HSP.12 e HSP.13 la copertura ottiene la valutazione "adempiente" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti è assegnato il punteggio -1. Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale.</p>

19	Ospedaliera	19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	(Dimissioni con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore con degenza preoperatoria compresa fra 0 e 2 giorni (inclusi gli estremi))/ (numero dimissioni con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore)	<p>Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti con frattura del collo del femore. Sono da escludere i trasferiti, i politraumatizzati (DRG 484-487), i ricoveri preceduti da ricovero con diagnosi di frattura del collo del femore (codici ICD 9-CM 820.0-820.9) nei 2 anni precedenti, i ricoveri preceduti da ricovero con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9) nel ricovero in esame o nei 2 anni precedenti, i decessi e le dimissioni volontarie. Fonte: SDO – Anno 2019.</p> <p>Validità del dato (-1): con riferimento all’adempimento C “Obblighi informativi” (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione “adempiente” e la qualità una valutazione almeno “sufficiente”. Altrimenti è assegnato il punteggio -1. Il valore normale è definito in coerenza con il Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera).</p>
21	Emergenza	21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l’arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l’anno.	<p>Decreto 17 dicembre 2008 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell’ambito dell’assistenza sanitaria in emergenza-urgenza”.</p> <p>Contenuti informativi rilevati ai fini dell’indicatore: Data/Ora Inizio Chiamata, Data/Ora Arrivo Mezzo, Mezzo di Soccorso, Codice Intervento, Criticità Presunta, Numero missione, Esito missione, Codice tipologia mezzo di soccorso. Ai fini del calcolo dell’indicatore, considerare i tempi compresi tra 1 minuto e 180 minuti. Applicare i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Per Criticità Presunta: considerare i codici di criticità presunta Rosso e Giallo; - Selezionare come primo tempo dell’intervallo quello associato al primo mezzo di soccorso arrivato sul posto.

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

N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Classi di punteggi di valutazione				
				Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0	Validità del dato -1
1	Prevenzione	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1	tutte >= 95%	tutte >= 92%	una < 92%	più di una < 92%	
		1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	0,3	>= 95,0%	92,0% - 94,9%	< 92,0% e in aumento	< 92,0% e non in aumento	
		1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	0,2	>= 75,0%	60,0% - 74,9%	< 60,0% e in aumento	< 60,0% e non in aumento	
2	Prevenzione	2 Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	1	score >= 9	score 7 - 8	score 5 - 6	score 0 - 4	
3	Prevenzione	3.2 Indicatore composito sugli stili di vita	0,6	la prevalenza osservata della popolazione con punteggio >=2 presenta un IC 95% il cui estremo superiore è minore dell'estremo inferiore dell'IC 95% della prevalenza al tempo t0 (atteso 2012)	la prevalenza osservata della popolazione con punteggio >=2 presenta un IC 95% il cui estremo superiore è minore dell'estremo inferiore dell'IC 90% della prevalenza al tempo t0 (atteso 2012)	si considera uno scostamento non accettabile ma migliore rispetto all'anno precedente	la prevalenza osservata della popolazione con punteggio >=2 presenta IC 95% sovrapponibile o superiore all'IC 90% della prevalenza al tempo t0 (atteso 2012)	
4	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	4 Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	0,4	>= 5,0%	2,5% - 4,9%	< 2,5% e in aumento	< 2,5% e non in aumento	
5	Prevenzione	5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni)	0,4	100% di allevamenti controllati e conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende < 0,1%	100% di allevamenti controllati e inoltre uno dei seguenti casi: - diminuzione del 10% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è >0,2% e < 0,9% - diminuzione del 50% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è >1% e < 3%	< 99,9% e >= 99,1% di allevamenti controllati e inoltre uno dei seguenti casi: - diminuzione del 10% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è >0,2% e < 0,9% - diminuzione del 50% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è >1% e < 3%	≤ 99% di allevamenti controllati oppure ≥ 99% di allevamenti controllati ma prevalenza che non rispetta i criteri precedenti	
		5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLI ovis, caprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - (percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi; Nota 1: le regioni con status sanitario non omogeneo, per specie o territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni - Nota 2: se risultano inseriti in SANAN <80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore)	0,4	REGIONI UFFICIALMENTE INDENNI > 99,8% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e, per ciascuna specie, conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni REGIONI NON UFFICIALMENTE INDENNI >99,8% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e, per ciascuna specie, prevalenza delle aziende <0,2%	REGIONI UFFICIALMENTE INDENNI < 99,8% e > 98% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e prevalenza delle aziende <0,2% per ciascuna delle 4 specie REGIONI NON UFFICIALMENTE INDENNI < 99,8% e > 98% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e prevalenza delle aziende < 0,2% per ciascuna delle 4 specie Oppure: >99,8% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e prevalenza >0,2%	REGIONI UFFICIALMENTE INDENNI <98% e ≥96% di allevamenti controllati ma prevalenza delle aziende comunque <0,2 per ciascuna delle 4 specie Oppure: <99,8% e ≥98% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e prevalenza delle aziende >0,2% per almeno una delle 4 specie; REGIONI NON UFFICIALMENTE INDENNI <98% e ≥96% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e prevalenza delle aziende > 0,2% per ciascuna specie.	REGIONI UFFICIALMENTE INDENNI <96 % di allevamenti controllati, oppure controlli <98 e prevalenza delle aziende >0,2% anche solo per una sola specie Oppure: Perdita della qualifica di Regioni ufficialmente indenni anche per una sola specie REGIONI NON UFFICIALMENTE INDENNI < 96% di allevamenti controllati.	

		5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	0,1	>= 99,7%	98% - 99,6%	95% - 97,9%	< 95%	
6	Prevenzione	6.1 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati	0,2	>= 98%	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%	
		6.2 CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI: attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti 882/2004 e 854/2004, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGISAN n. 15168 del 12/4/2017). Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione".	0,1	≥ 100% in ciascuna matrice alimentare e ≥ 100% in ciascuna fase	≥ 100% in almeno 35 delle 39 matrici alimentari e per entrambe le fasi (per i casi in cui sono distinte)	≥ 100% in almeno 30 delle 39 matrici alimentari e per entrambe le fasi (per i casi in cui sono distinte)	tutti i casi diversi da quelli che precedono	
		6.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti	0,3	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in almeno 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	≥ 90% in almeno 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra; oppure ≥ 90% in almeno 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre	< 70% in almeno 2 categorie	
7	Distrettuale	7.1 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite	0,59	<= 141,00	141,01 - 209,00	> 209,00 e in diminuzione	> 209,00 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
		7.2 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	0,59	<= 409,00	409,01 - 446,00	> 446,00 e in diminuzione	> 446,00 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
8	Distrettuale domiciliare anziani	8 Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	2,35	>= 1,88	>= 1,56 e < 1,88	< 1,56 e in aumento	< 1,56 e non in aumento	copertura totale Asl
9	Distrettuale residenziale anziani	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	1,17	>= 9,80	>= 4,81 e < 9,80	< 4,81 e in aumento	< 4,81 e non in aumento	copertura totale ASL
		9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	0,29	>= 10	6 - 9,9	< 6 e in aumento	< 6 e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
10	Distrettuale disabili	10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,59	>= 0,50	0,41 - 0,49	< 0,41 e in aumento	< 0,41 e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
		10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,35	>= 0,22	0,16 - 0,21	< 0,16 e in aumento	< 0,16 e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
		10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,12	>= 0,60	0,50 - 0,59	< 0,50 e in aumento	< 0,50 e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
		10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,12	>= 0,45	0,35 - 0,44	< 0,35 e in aumento	< 0,35 e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
11	Distrettuale malati terminali	11 Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	1,47	> 1	>= 0,5 e <=1 e in aumento	>= 0,5 e <=1 e non in aumento	< 0,5	vedi note per l'elaborazione
12	Distrettuale farmaceutica	12 Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	0,50	> 80,00%	60,00% - 80,00%	40,00% - 59,99%	< 40,00%	Dati mancanti

13	Distrettuale specialistica	13 Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	0,59	5,10 - 7,50	3,00 - 5,09 o 7,51 - 9,00	< 3,00 e in aumento o > 9,00 e non in aumento	< 3,00 e non in aumento o > 9,00 e in aumento	copertura totale ASL/AO
14	Distrettuale salute mentale	14 Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	1,17	>= 10,82	>= 8,47 e < 10,82	< 8,47 e in aumento	< 8,47 e non in aumento	copertura totale Asl
15	Ospedaliera	15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti	1,5	<= 160,00	160,01 - 170,00	> 170,00 e non in aumento	> 170,00 e in aumento	vedi note per l'elaborazione
		15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	1	<= 7,00	7,01 - 12,00	> 12,00 e in diminuzione	> 12,00 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
		15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	0,5	<= 90,00	90,01 - 105,00	> 105,00 e in diminuzione	> 105,00 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
17	Ospedaliera	17 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	2,5	<= 0,21	0,22- 0,24	> 0,24 e in diminuzione	> 0,24 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
18	Ospedaliera	18.1 .1 Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti	1	<= 25,00%	25,01% - 30,00%	> 30,00% e in diminuzione	> 30,00% e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
		18.1.2 Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	0,50	<= 15,00%	15,01% - 20,00%	> 20,00% e in diminuzione	> 20,00% e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
		18.2 Percentuale di parti fortemente pre-termine (22-31 settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN	0,61	<= 18,00%	18,01% - 26,00%	> 26,00 e in diminuzione	> 26,00 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
19	Ospedaliera	19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	1,5	>= 60,00%	38,00% - 59,99%	< 38,00% e in aumento	< 38,00% e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
21	Emergenza	21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	1	<= 18	19 - 21	22 - 25	>= 26	copertura totale centrali 118
Valutazione		Intervallo						
Adempiente		≥ 160 o compreso tra 140 - 160 e nessun indicatore critico (con classe di punteggio di valutazione <3)						
Inadempiente		< 140 o compreso tra 140 - 160 con almeno un indicatore critico (con classe di punteggio di valutazione <3)						

F) ASSISTENZA OSPEDALIERA

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

F.1.1

Sarà oggetto di valutazione se la Regione:

- presenta una dotazione di posti letto non superiore a 3,7 p.l. per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 p.l. per 1000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie corretti per la mobilità così come previsto nel DM 70/2015;
- rispetta, per la lungodegenza post acuzie, il limite minimo fissato pari a 0,2 p.l. per 1000 ab.;
- presenta una dotazione di p.l. di neuro riabilitazione pari a 0,02 p.l. per mille abitanti (condizione indicativa non obbligatoria).

Le informazioni relative alla dotazione di posti letto ospedalieri della Regione sono compilate a cura del Ministero della Salute facendo riferimento ai posti letto anagrafici dei modelli NSIS HSP12 e HSP13 relativi agli anni 2018, 2019 e 2020.

Ad esempio per l'ultimo anno presente nelle tabelle (2019) sono presi in considerazione i dati relativi ai posti letto dei reparti ospedalieri censiti con il modello HSP12 relativo all'anno 2020, per i quali risulta una data di apertura non successiva a gennaio 2020, ed i posti letto delle discipline ospedaliere accreditate censite con il modello HSP13 (Quadro E) relativo all'anno 2020, per le quali risulta una data di inizio accreditamento non successiva a gennaio 2020.

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

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

Non rientrano nello standard dei posti letto i "posti letto a pagamento".

Per il calcolo della mobilità si terrà conto di quanto stabilito dal Regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera sancita il 5 agosto 2014.

F.1.2

Sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri i posti letto di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate per i quali le Regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, ad eccezione dei posti presso:

- le strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 per le cure palliative e la terapia del dolore,
- le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale,
- le strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla CSR (repertorio 30/CSR-2011),
- le strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011).

La Regione deve compilare la tabella del Questionario relativa alla dotazione di posti letto residenziali presso strutture sanitarie territoriali. I dati forniti dalla Regione saranno confrontati con quelli rilevati con i modelli STS24 e RIA11, trasmessi dalla stessa Regione al Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Il confronto sarà effettuato dal Ministero della Salute secondo quanto riportato nel campo note della seguente tabella.

P.L. di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali	Note
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN \geq tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A1)	Il seguente rapporto tra PL autocertificati dalla Regione e PL territoriali residenziali in NSIS (A1+A2) / [(PL totali modello STS 24 Quadro G) + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)] deve risultare compreso nell'intervallo (0,98 e 1,02)
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN $<$ tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A2)	
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN \geq tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n.38 per le cure palliative e terapia del dolore (B)	Deve risultare \leq (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 5 “Assistenza malati terminali”)
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN \geq tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie territoriali per la salute mentale (C)	Deve risultare \leq (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 1 “Assistenza psichiatrica”)
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN \geq tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all’Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla CSR (repertorio 30/CSR-2011) (D)	Deve risultare \leq [(PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 3 “Assistenza ai disabili psichici”) + (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 4 “Assistenza ai disabili fisici”) + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)]
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN \geq tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all’Accordo sancito dalla Conferenza unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011) (E).	
P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L. ospedalieri [A1 - B - C - D - E]	
Per 1.000 ab.	

F.2 Riorganizzazione dell’assistenza ospedaliera ai sensi del DM 70/2015.

F.2.1 La Regione deve fornire gli estremi dell’atto di riorganizzazione della rete ospedaliera elaborato ai sensi del Decreto 2 aprile 2015, n. 70 e allegare idonea documentazione.

In caso di mancata riorganizzazione ospedaliera la Regione deve fornire adeguata motivazione

F.2.2 La verifica dello stato di implementazione della rete ospedaliera è a cura del Tavolo tecnico di cui al Decreto 2 aprile 2015, n. 70.

L’ufficio III DGPROGS fornisce gli aggiornamenti sul monitoraggio, effettuato dal Tavolo tecnico di cui al Decreto del 2 aprile 2015 n. 70, sullo stato di implementazione delle reti ospedaliere approvate”.

G) APPROPRIATEZZA

In considerazione delle attività che si stanno effettuando nell'ambito del nuovo sistema di garanzia di cui al D.Lgs. 56/2000 nonché della Commissione Lea, l'adempimento è sospeso per l'anno 2019.

H) LISTE D'ATTESA

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

H.1 Monitoraggio ex post

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

L'adempienza viene valutata:

- per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici e RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica rispetto al valore dei seguenti indicatori, calcolati dopo revisione dell'accuratezza del tracciato record:
 - Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale di prestazioni di classe B
 - Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/totale di prestazioni di Classe D.

Il valore soglia per ognuna delle 8 prestazioni previste per il 2019 è \geq al 50%.

Relativamente alle modalità di calcolo degli indicatori, si sottolinea che la stessa è possibile qualora tutti i campi siano valorizzati almeno al 90%.

Successivamente a tale raggiungimento della soglia, si procederà al calcolo degli indicatori, previa comunicazione da parte delle Regioni che adottano dei codici diversi da quelli presenti nelle linee guida del PNGLA, in modo tale da poter provvedere alla transcodifica.

Per quanto concerne il calcolo degli indicatori si procederà nel modo seguente sia per la classe di priorità B che per la classe di priorità D:

- 1) selezionare i codici di prestazioni, così come definiti nelle linee guida del PNGLA
- 2) filtrare il campo "garanzia tempi di attesa"
- 3) filtrare le prestazioni di primo accesso
- 4) sommare le prestazioni con tempo attesa previsto all'interno della classe B o D che si sta monitorando (differenza tra data prenotazione data erogazione e sommare i record che rientrano nei tempi)
- 5) sommare il totale prestazioni in classe di priorità B o D che si sta monitorando
- 6) fare il rapporto espresso in percentuale del punto 4/punto 5.

La Regione sarà considerata adempiente qualora vi sia il raggiungimento del 50% nel rapporto precedentemente indicato per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio.

Qualora, anche uno solo degli indicatori sia non calcolabile o non raggiunga la soglia prevista, la Regione verrà considerata inadempiente.

H.2 Monitoraggio ex ante

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

L'adempienza viene valutata in considerazione di tutti gli elementi riportati nella Tabella di rilevazione del monitoraggio dei tempi di attesa.

Nel caso non sia raggiunta la predetta soglia di garanzia, ai fini dell'adempienza, si terrà conto di un trend di miglioramento rilevante sia nella trasmissione che nella qualità dei dati (triennio 2014-2016) sia per la classe B che per la classe D.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero.

Ai soli fini informativi si farà riferimento (attesa media in giorni):

- per l'Intervento per Tumore alla mammella: Tav_3.10 ultimo Rapporto SDO
- per l'Interventi per Tumore al colon retto: Tav_3.10 ultimo Rapporto SDO

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

H.4.1 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

Si valuta se la Regione effettua il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

H.4.2 Si chiede quali interventi siano stati attuati per contrastare i disagi causati dalla eventuale sospensione dell'erogazione e se la Regione abbia effettuato un controllo al riguardo.

L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

Ai fini della valutazione dell'adempimento si rinvia a quanto riportato nel Documento adempimenti 2019 – Ministero dell'economia e delle finanze.

L.1.1

Il Ministero attraverso l'Agenzia Italiana del Farmaco predispone la "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica e dei tetti stabiliti dalla L. 135/2012" successivamente modificati dalla L. 232/2016 e dalla L. 145/2018.

L.1.2

Ai soli fini informativi, il Ministero attraverso l'Agenzia Italiana del Farmaco (fonte dati "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica"), calcola l'incidenza percentuale rispetto al fabbisogno sanitario regionale, distintamente per la spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti.

N) CONTABILITA' ANALITICA

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

Per l'anno 2019, con riferimento all'articolo 3, comma 7, dell'Intesa del 23/3/2005, sono previste una serie di domande relative allo stato di implementazione della contabilità analitica per centri di costo e responsabilità da parte delle aziende sanitarie (ASL, AO, AOU pubbliche, IRCCS pubblici) delle singole Regioni.

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

Le modalità della certificazione dell'adempimento sono le seguenti:

- ciascuna Regione deve adottare un provvedimento formale che indichi il responsabile del procedimento di verifica dello stato di attuazione nelle singole aziende sanitarie; la certificazione

consisterà nella verifica della presenza o meno del provvedimento formale di nomina del responsabile;

- a ciascun obiettivo A1, A2, indicato nelle colonne di cui alla tabella “Verifica e monitoraggio stato d’implementazione Co.An.” per l’anno 2019 non verrà attribuito alcun peso, presupponendo che gli obiettivi si riferiscano ad un livello più avanzato di adozione della contabilità analitica rispetto all’anno precedente da parte di tutte le aziende. Se una sola delle aziende della Regione non dovesse risultare aver raggiunto gli obiettivi predetti, la Regione risulterà inadempiente;
- per gli obiettivi A3, A4, B1 e B2 indicati nelle colonne di cui alla tabella “Verifica e monitoraggio stato d’implementazione Co.An.” allegata al Questionario, la Regione dovrà indicare per le proprie aziende sanitarie se l’obiettivo ivi descritto è stato o meno raggiunto ed in quest’ultimo caso quali azioni sono state intraprese ed il termine previsto per il suo raggiungimento. La certificazione consisterà nella verifica del raggiungimento da parte delle Regioni di una percentuale pari rispettivamente al 100%, 100%, 100% e 100% del totale delle proprie aziende sanitarie, attribuendo per il 2019 il seguente rispettivo peso per i singoli obiettivi: 30%;10%; 30%; 30% (nessuna diversa pesatura è stata riconosciuta a seconda della diversa natura giuridica dell’azienda, ovvero se trattasi di ASL o AO, AOU pubblica, IRCCS pubblico, in considerazione dell’effetto distorsivo che si produrrebbe in caso di una distribuzione numerica non equamente ripartita tra le Regioni in termini di aziende sanitarie rispetto alle altre tipologie;
- per l’obiettivo B3, essendo riconducibile al modello LA consolidato regionale (999), teso a verificare che la somma dei valori totali del modello LA aziendale e di quello relativo alla gestione sanitaria accentrata regionale (000) sia pari al totale del modello LA 999, al netto delle partite infragruppo che si elidono in sede di consolidamento, la verifica consisterà nella messa in evidenza di eventuali disallineamenti che, se non riferibili alle predette partite infragruppo, non consentiranno alla Regione interessata di ottenere l’adempienza. A tale obiettivo per il 2019 non verrà attribuito alcun peso. Se non viene garantito la Regione sarà considerata inadempiente unitamente all’obiettivo A1.

S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE

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

Le Regioni valutate con punteggio inferiore a 4 alla domanda S.1.2 del Questionario 2018 devono fornire risposta al corrispondente quesito riportato nel Questionario 2019, domanda S.1.2.

La certificazione sintetica terrà conto dei seguenti punti: presenza sul territorio delle diverse tipologie di offerta assistenziale extra ospedaliera (fissazione delle quote a carico delle ASL e dei Comuni per tutte le tipologie di assistenza), erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare e assistenza residenziale e semiresidenziale rilevata attraverso i flussi NSIS.

Per le Regioni valutate inadempienti o adempienti con impegno sarà verificato il potenziamento dell’assistenza di cure domiciliari, residenziali e semiresidenziali nei livelli di intensità che nel 2016 presentavano un valore inferiore alla mediana. In presenza di un incremento dell’assistenza (che comporti almeno l’attribuzione del punteggio minimo) l’eventuale inadempienza o adempienza con impegno degli anni precedenti sarà rivalutata.

S.1.1

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

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

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

S.1.2 (solo per le Regioni con criticità sul punto S.1.2 del Questionario 2018)

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

La valutazione prevede l'attribuzione di 1 punto per ciascuna delle tipologie di assistenza per la quale il Comune/assistito effettivamente sostiene la quota di oneri relativa alla componente socio-assistenziale in conformità al Capo IV del DPCM 12 gennaio 2017 (salvo che la Regione non abbia deliberato di assumere a proprio carico tali quote come "livello ulteriore regionale" documentato al punto y) del Questionario).

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

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

S.2

Cure domiciliari e residenziali: la sezione è compilata dal Ministero attraverso i flussi NSIS.

S.2.1.1

Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2019 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13.

La valutazione prevede l'attribuzione di un punteggio per le Regioni che presentano, nell'anno 2019, un valore uguale o superiore ai seguenti valori (corrispondenti alla mediana della distribuzione dei tassi regionali per ciascun livello di cure domiciliari nell'anno 2016):

Livello I (CIA 1): >2,93 = 1 punto

Livello II (CIA 2): >2,18 = 2 punti

Livello III (CIA 3>0,50): >0,40 = 3 punti

Punteggio max 6 punti.

Affinché la domanda sia valutata positivamente è necessario che la Regione abbia ottenuto un **punteggio minimo** totale di almeno **3 punti**.

S.2.2.1

Sono considerate le ammissioni attive aperte al primo gennaio 2019 e quelle aperte nel corso dell'anno.

La valutazione prevede l'attribuzione di un punteggio per le Regioni che presentano, nell'anno 2019, un valore uguale o superiore alla mediana della distribuzione dei tassi regionali per ciascuna tipologia di struttura nell'anno 2016, come di seguito indicato:

R1: $>0,11 = 3$ punti

R2: $>1,52 = 2$ punti

R2 D: $>0,23 = 2$ punti

R3: $>1,40 = 1$ punto

Punteggio max 8 punti.

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

S.2.2.2

Sono considerate le ammissioni attive nelle due tipologie di strutture (SR1+SR2) aperte al primo gennaio **2019** e quelle aperte nel corso dell'anno.

La valutazione prevede l'attribuzione di **1 punto** per le Regioni che presentano, nell'anno 2019, un valore uguale o superiore a 0,08

PUNTEGGIO MASSIMO ATTRIBUITO: 24 PUNTI

Offerta assistenziale: 9 punti (minimo 4 punti)

Cure domiciliari: 6 punti (minimo 3)

Cure residenziali: 8 punti (minimo 4 punti)

Cure semiresidenziali: 1 punto (minimo)

La Regione si considera inadempiente nei seguenti casi:

- non raggiunge il punteggio totale di almeno 15
- non raggiunge il punteggio minimo sia nell'assistenza domiciliare sia nell'assistenza residenziale.

Se la Regione presenta un punteggio inferiore al minimo in una sola delle aree assistenziali territoriali (cure domiciliari, residenziali, semiresidenziali), l'eventuale adempimento sarà accompagnata dall'impegno della Regione a migliorare l'offerta nell'area indicata.

U) PREVENZIONE

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

La definizione dell'adempimento è conseguente ai seguenti principi:

- fornire una valutazione di adempimento il più sistemica possibile rispetto ai vari ambiti in cui la prevenzione si articola;

- esprimere un organico riferimento agli atti di pianificazione più rilevanti per la prevenzione;
- privilegiare, per quanto fattibile, la valutazione delle modifiche dello ‘stato di salute’ pertinenti ai settori di intervento preponderanti;
- riconoscere e utilizzare l’effetto di sviluppo che il sistema degli adempimenti esercita sulla programmazione delle attività a livello erogativo.

Criteri valutativi

Definizione	Formula	Peso	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Calcolo effettuato da:	Razionale/significato e riferimenti normativi	Note
U.1 Attuazione del Piano regionale della prevenzione 2014-2018 (PRP) – Proroga al 2019 (Intesa Stato Regioni 21 dicembre 2017)	Percentuale degli indicatori sentinella individuati nel PRP con uno scostamento tra valore osservato e valore atteso al 2019 non superiore al 20%	17	$\geq 80\%$	<ul style="list-style-type: none"> Punteggio 17 se almeno l’80% del totale degli indicatori sentinella individuati nel PRP presenta uno scostamento tra valore osservato e valore atteso al 2019 non superiore al 20% Punteggio 0 in caso contrario 	Ufficio IX DGPRES Ministero della salute, su documentazione trasmessa dalle Regioni	- Accordo Stato Regioni 25 marzo 2015, di adozione del Documento di valutazione dei PRP 2014-2018 - Intesa Stato Regioni 21 dicembre 2017 concernente la proroga del PNP 2014-2018 e la rimodulazione dei PRP 2014-2018	
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato ⁽¹⁾)/(numero di casi sospetti di morbillo)*100	17	$\geq 80\%$	<ul style="list-style-type: none"> Punteggio 17 se U.2.1$\geq 80\%$ Punteggio 9 se $65\% \leq \text{U.2.1} < 80\%$ punteggio 0 se U.2.1$< 65\%$ 	Ufficio V - DGPRES Ministero della Salute, su dati già disponibili (sorveglianza integrata). L’indicatore può essere calcolato annualmente	Indicatore tracciante dell’applicazione di interventi di prevenzione nei confronti del morbillo, ovvero di attuazione del PNEMoRc	<p>Si dovrebbero raccogliere campioni adeguati⁽²⁾ per identificare un’infezione acuta da morbillo per l’80% dei casi sospetti di morbillo. Si definisce caso sospetto di morbillo, un caso con i seguenti sintomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> febbre E esantema maculo papulare E tosse oppure corizza (rinite) oppure congiuntivite. <p>Deve essere escluso dal denominatore qualunque caso sospetto che non abbia eseguito analisi di laboratorio per la conferma della diagnosi e che sia confermato da collegamento epidemiologico, ovvero:</p> <p>a) da collegamento ad un caso confermato in laboratorio oppure</p> <p>b) da appartenenza ad un focolaio dove almeno uno dei casi è stato confermato in laboratorio.</p> <p>N.B. I casi sospetti con IgM negative vengono inclusi sia al numeratore che al denominatore</p>

U.2.2 Identificazione e virale (morbillo)	(Numero di focolai di morbillo genotipizzati)/ (Numero di focolai identificati) x 100	17	≥80%	<ul style="list-style-type: none"> • punteggio 17 se U.2.2 ≥80% • punteggio 9 se $65\% \leq U.2.2 < 80\%$ • punteggio 0 se U.2.2 < 65% 	Ufficio V – DGPRES - Ministero della Salute, su dati già disponibili (sorveglianza integrata). L'indicatore può essere calcolato annualmente	<p><u>Razionale:</u> Indicatore tracciante dell'applicazione di interventi di prevenzione nei confronti del morbillo, ovvero di attuazione del PNEMoRc</p> <p><u>Significato:</u> Percentuale di catene di trasmissione (focolai) confermati in laboratorio, caratterizzati genotipicamente dal laboratorio nazionale di riferimento o da un laboratorio regionale da esso accreditato</p>	<p>1) Definizione di outbreak/focolaio di Morbillo (OMS) “Due o più casi confermati con una correlazione temporale (comparsa di rash 7-18 giorni dopo l'esposizione) e link epidemiologico o virologico o entrambi”.</p> <p>2) Indicazioni per le indagini dei focolai: l'OMS raccomanda la conferma di laboratorio di almeno 5-10 casi di ogni catena di trasmissione/focolaio, preferibilmente i primi, e la genotipizzazione del ceppo responsabile del focolaio. Se l'epidemia prosegue nel tempo, altri 5-10 casi devono essere testati ogni due o tre mesi per confermare che la malattia in circolazione sia sempre morbillo e per monitorare il ceppo virale responsabile. Se un focolaio è più piccolo di 5 casi, tutti i casi devono essere confermati in laboratorio e va determinato il ceppo virale responsabile.</p> <p>3) Laboratori per la genotipizzazione: i laboratori di riferimento regionali/interregionali accreditati nella rete Moronet o, per le regioni che non hanno ancora previsto o che non intendano prevedere un laboratorio di riferimento regionale, il Laboratorio Nazionale di Riferimento (LNR). continueranno a rivolgersi all'LNR.</p> <p>4. Procedure per focolai interregionali: Nel caso di focolai interregionali, ogni regione dovrà considerare solo la quota parte di casi del focolaio e il numero di genotipizzazioni che ciascuna ha eseguito..</p>
---	--	----	------	--	---	--	---

U.3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	(numero dei cancro invasivi screen-detected in Stadio II+) / (numero di tutti i cancro screen-detected stadiali) x 100).	17	<25%	<p>Punteggio 17 se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • % cancro avanzati <25% • indicatore Griglia LEA* >50% • % missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota) <10% <p>Il punteggio massimo (pari a 17) viene penalizzato nel modo seguente:</p> <p>% cancro avanzati <25% penalizzazione = 0 25% -30% penalizzazione = 4 >30% penalizzazione = 12</p> <p>Indicatore Griglia LEA >50% penalizzazione = 0 35% - 50% penalizzazione = 2 20% -34 % penalizzazione = 4 10% - 19% penalizzazione = 8 <10% penalizzazione = 18</p> <p>% missing <10% penalizzazione = 0 10% - 20% penalizzazione = 4 >20% penalizzazione = 8</p> <p>* Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella / [donne residenti (50-69) / 2]</p>	Sistema informativo screening: dati elaborati dall'Osservatorio Nazionale Screening. L'indicatore può essere calcolato annualmente	Indicatore tracciante della capacità di predisporre interventi di prevenzione secondaria di popolazione. Esprime la capacità del programma di screening di identificare i tumori precocemente così da impedire che si presentino come avanzati. Può essere considerato un indicatore precoce della capacità del programma di ridurre la mortalità. Riferimento: indicatore delle Linee guida Europee.	
U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	(numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	16	>=5%	<ul style="list-style-type: none"> • punteggio 16 se U.4 >=5% • punteggio 0 se U.4 <5% 	Ufficio II DGPRE Ministero salute su dati già disponibili (Sistema informativo nazionale per la prevenzione-SINP nei luoghi di lavoro, istituito con D.lgs 9 aprile 2008 n. 81 e successive modifiche e integrazioni)	L'indicatore misura il raggiungimento del valore soglia di copertura di almeno il 5% delle unità locali oggetto di intervento ispettivo in un anno, valore già individuato con DPCM 17 dicembre 2007 "Esecuzione Accordo 1 agosto 2007, recante Patto per la tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro".	Con Decreto interministeriale (previsto dal D. Lgs. 81/2008) verrà disciplinata l'attuazione del SINP (disposizioni tecniche per la sua realizzazione e funzionamento). Il numeratore è costruito sommando le voci: 2.5 A (n. az. oggetto di ispezione comp. edilizia) + 2.5 B (n. az. oggetto di ispezione sett. agricoltura) + 2.5 C (n. az. oggetto di ispezione altri comparti) + 6.2 D (n. az. oggetto di sopralluogo per l'espressione di pareri). Nel denominatore non vanno conteggiate le imprese agricole non a carattere industriale

U.5 Anagrafe Vaccinale Informatizzata (AVI)	(numero di Aziende Sanitarie Locali dotate di AVI / (numero di Aziende Sanitarie Locali nella Regione) x 100	5	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Punteggio 10 se U.5=100% • Punteggio 5 se 85%≤U.5<100% • punteggio 0 se U.5<85% 	Ufficio V DGPRE Ministero salute su dati forniti dalle Regioni/PA	L'anagrafe vaccinale informatizzata (AVI) è uno strumento essenziale per garantire la corretta conduzione dei programmi di vaccinazione, assicurare il monitoraggio dell'efficienza dell'attività e il controllo dell'efficacia. Essa permette di: conoscere la popolazione bersaglio e lo stato vaccinale di ciascun soggetto registrato, pianificare l'attività dei servizi, calcolare le coperture, identificare le categorie verso cui predisporre specifici programmi di recupero, agevolare le indagini sulle correlazioni tra eventi avversi e vaccinazioni.	Fonte: il numeratore ed il denominatore dovranno essere forniti dalle Regioni/PA, sulla base di un flusso dati ad hoc.
U.6 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro la varicella (V)	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino anti-V, nel secondo anno di vita) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	10	≥95%	<ul style="list-style-type: none"> • Punteggio 10 se U.6≥95% • Punteggio 8 se 85%≤U.6<95% • Punteggio 5 se 60%≤U.6<85% • Punteggio 0 se U.6<60% 	Ufficio 5 DGPRE Ministero salute su dati forniti dalle Regioni/PA	<p>Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019, approvato, con Intesa in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017, ha inserito la vaccinazione anti-varicella per i nuovi nati a partire dalla coorte 2017, la copertura vaccinale della quale viene valutata nel 2019, e definisce gli obiettivi di copertura, che sono stati rimodulati con la circolare 7903-09/03/2017. Per effetto del D.L.73/2017 la vaccinazione anti-varicella è divenuta obbligatoria per i nuovi nati a partire dalla coorte 2017.</p>	I dati di copertura vaccinale forniti dalle Regioni devono essere calcolati attraverso una Anagrafe Unica Vaccinale Regionale, dove per Anagrafe Unica Vaccinale Regionale si intende un applicativo software che gestisca complessivamente tutta l'attività vaccinale, che sia utilizzato su tutto il territorio da tutti gli operatori interessati, che consenta operazioni omogenee e che copra simultaneamente il 100% della popolazione residente e domiciliata sul territorio regionale. Tale Anagrafe, come determinato dalla legge sull'obbligo vaccinale (n. 119/2017) e dal DM 17 settembre 2018 deve altresì consentire l'aggiornamento degli elenchi scolastici in merito alla situazione di adempimento alle vaccinazioni previste per età. Si attribuisce valore 0 nel caso di non presenza dell'AVI regionale o quando, pur essendoci una AVI Regionale, il punteggio dell'indicatore U5 dell'adempimento U è inferiore a 5 (ovvero non tutte le ASL o Aree - nel caso di ASL unica regionale - di quella Regione sono dotate di AVI) o non tutte le AVI a livello di ASL o di Area alimentano il database di dati individuali dell'AVI Regionale. La popolazione di riferimento per il calcolo delle coperture vaccinali è la popolazione ISTAT della rispettiva coorte di nascita.

U.7 Disponibilità dei dati relativi ai criteri informativi		1		<ul style="list-style-type: none"> • Punteggio pari a 1 se la Regione fornisce tutti gli indicatori relativi ai criteri informativi (I.1 – I.3) • Punteggio pari a 0 se anche uno solo degli indicatori relativi ai criteri informativi non viene fornito 			
---	--	---	--	---	--	--	--

⁽¹⁾ Per Laboratorio di Riferimento si vedano indicazioni della circolare “Aggiornamento del sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia, per il rafforzamento degli obiettivi di eliminazione”, del 12/11/2018 prot. 0033189.

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

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

La Regione risulta adempiente se $U \geq 80$.

Criteri informativi

Definizione	Formula	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Calcolo effettuato da:	Razionale/significato e riferimenti normativi	Note
I.2 Tempestività dell'indagine SOSPESO PER L'ANNO 2019	$(N. \text{ di casi di morbillo notificati che hanno una indagine epidemiologica adeguata}^{\wedge} \leq 48 \text{ ore dalla segnalazione}) / (N. \text{ casi sospetti di morbillo notificati}) \times 100$	$\geq 80\%$	Per l'anno 2019 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento U. E' previsto che diventi valutativo a partire dall'anno 2020	Ufficio V DGPRES Ministero salute su dati forniti all'ISS dalle Regioni/PA	<u>Razionale:</u> Indicatore tracciante dell'applicazione di interventi di prevenzione nei confronti del morbillo, ovvero di attuazione del PNEMoRc <u>Significato:</u> percentuale di casi sospetti di morbillo notificati, per cui è stata avviata una indagine epidemiologica adeguata entro 48 ore dalla segnalazione del caso.	Si definisce caso sospetto di morbillo un caso con i seguenti sintomi: febbre e esantema maculo papulare e tosse oppure corizza (rinite) oppure congiuntivite ^Una indagine adeguata include la raccolta di tutte le seguenti variabili da ogni caso sospetto: nome o ID caso, età (o data di nascita), sesso, data inizio esantema, data raccolta del campione, stato vaccinale, data ultima dose di vaccino, viaggi effettuati, distretto (ASL). Dovrebbe includere inoltre l'indagine di tutti i link epidemiologici.
I.1 Tasso di identificazione di adenoma avanzato sulla popolazione generale	numero di adenomi avanzati diagnosticati allo screening / popolazione residente nella regione x 100.000 Al numeratore vanno conteggiati gli adenomi avanzati diagnosticati allo screening in soggetti di età 50-69 anni di entrambi i sessi al primo episodio di screening + successivi	Lo standard proposto deriva dalle linee guida europee e dalla combinazione degli indicatori di processo sottesi alla misurazione del presente indicatore (estensione inviti; % adesione; Detection rate degli adenomi avanzati). Adottando anche il criterio delle Linee guida europee	Per l'anno 2019 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento U	Sistema informativo screening; rilevazione routinaria, già in atto, su base annuale	Usare il tasso di identificazione di adenoma avanzato spostato il focus dell'impatto dei programmi dalla riduzione di mortalità ottenibile riducendo il tasso di tumori in stadio avanzato alla riduzione di incidenza (e quindi di mortalità) che si ottiene attraverso la bonifica di precursori del tumore; questo valorizza la specificità del programma di screening coloretale, che ottiene risultati anche sull'incidenza e	Poiché esiste un noto gradiente di incidenza del tumore del colon retto da Nord a Sud, è necessario tenere in conto la differente prevalenza di patologia di base. Tale correzione può essere effettuata utilizzando i tassi di incidenza

	Al denominatore va utilizzata la popolazione residente nella Regione di età 50-69 anni di entrambi i sessi	che definisce un valore accettabile ed uno desiderabile, si identificano i seguenti valori annuali: accettabile ≥ 100 ; desiderabile ≥ 200			non solo sulla mortalità. Proiettare il tasso di identificazione di adenomi sulla popolazione generale ha diversi risvolti positivi: <ul style="list-style-type: none"> • è una misura dell'impatto del programma di screening sulla popolazione (e non solo sugli screenati o sugli aderenti alla colonscopia...); • permette di valutare in maniera omogenea i programmi che utilizzano il test per la ricerca del sangue occulto fecale – SOF) e quelli misti (rettosigmoidoscopia + SOF); • misura l'impatto dell'intera filiera dello screening e pertanto è sensibile alle diverse azioni di miglioramento già in campo e/o attuabili: estensione degli inviti, adesione al primo livello, adesione all'approfondimento, sensibilità diagnostica alla colonscopia, correttezza delle diagnosi anatomopatologiche. 	del tumore del colon retto riportati dai Registri Tumori nelle diverse macroaree nell'ultimo anno pre-screening (2005). Dall'archivio dell'AIRtum, i tassi di incidenza nella popolazione 50-69enne (entrambi i sessi) sono sostanzialmente identici fra nord e centro (centro - 2%) mentre il sud/isle ha un'incidenza inferiore del 26% (si potrebbe approssimare al 25%). Pertanto, fatto 1 il valore osservato nelle macroaree settentrionale e centrale, diventa opportuno inserire un fattore di correzione che deve valere 0,75 per il Sud e le Isole.
I.2 Allargamento copertura Screening mammografico alle fasce di età 45-59 e 70-74 Proporzione di donne fra 45-49 anni e fra 70-74 anni che hanno effettuato test di screening mammografico, in un programma organizzato	Donne residenti in età 45-49 che eseguono il test di screening mammografico di primo livello in un programma organizzato /popolazione residente (45-49) – escluse prima dell'invito Donne residenti in età 70-74 che eseguono il test di screening mammografico di primo livello in un programma organizzato /(popolazione residente 70-74 – escluse prima dell'invito)/2	Si propone di utilizzare gli stessi standard utilizzati per la classe di età 50-69	Per l'anno 2019 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento U	Sistema informativo screening; rilevazione routinaria, già in atto, su base annuale	Esiste a livello europeo un accordo sull'efficacia dell'estensione dello screening mammografico anche nelle fasce di età 45-49 anni (intervallo annuale) e 70-74 anni (vedi ad es. le ECIBC's Guidelines Development Group). D'altra parte gli ultimi due Piani nazionali della prevenzione hanno invitato le Regioni ad ampliare le fasce di età di intervento sullo screening mammografico condizionatamente al fatto che fosse coperta la fascia di età 50-69.	Gli indicatori diversi adottati nelle due fasce di età derivano dal fatto che sotto i 50 anni si raccomanda un intervallo annuale mentre fra i 70 e i 74 anni l'intervallo raccomandato è biennale.
I.3 Allargamento copertura Screening colo rettale alla fascia di età 70-74 Proporzione di persone fra 70-74 anni che hanno effettuato test di screening colo rettale in un programma organizzato	Persone (donne e uomini) residenti in età 70-74 che eseguono il test di screening coloretale di primo livello in un programma organizzato /(popolazione residente 70-74 – esclusi prima dell'invito)/2	Si propone di utilizzare gli stessi standard utilizzati per la classe di età 50-69	Per l'anno 2019 l'indicatore non interviene nel calcolo dell'adempimento U	Sistema informativo screening; rilevazione routinaria, già in atto, su base annuale	Esiste a livello Europeo un accordo sull'efficacia dell'estensione dello screening coloretale anche alla fascia 70-74 anni. D'altra parte il primo documento sugli screening del Ministero della salute raccomandava l'estensione dello screening coloretale fino ai 74 anni. Di fatto però fin dall'inizio la grande maggioranza delle Regioni ha concentrato lo sforzo sui 50-69. Alcune Regioni hanno tuttavia incluso anche i soggetti 74 anni	L'allargamento riguarda solo la modalità di screening basata sulla ricerca del sangue occulto

V) PIANO NAZIONALE AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO

In via preliminare sarà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

La Regione si considera adempiente se fornisce:

1. Formale evidenza del recepimento degli artt. 31 comma 1 e 22 comma 8 dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017;
2. Il provvedimento in corso di validità e gli eventuali atti di approvazione dei piani formativi aziendali;
3. Il numero dei provider, rispetto al totale, che hanno realizzato almeno il **50%** delle attività programmate. In caso di mancato raggiungimento di tale soglia deve indicare gli eventuali provvedimenti adottati;
4. La percentuale dei provider controllati rispetto ai provider accreditati, l'Organismo regionale competente ed eventuali provvedimenti adottati in funzione delle violazioni riscontrate;
5. Una relazione esplicativa sulle procedure poste in essere per verificare l'indipendenza del contenuto formativo rispetto agli interessi commerciali presenti nell'area sanitaria;
6. Formale evidenza dei controlli effettuati in collaborazione con il COGEAPS attestando che non vi sono discrepanze tra i report inviati dal provider alla Regione e quelli inviati al COGEAPS.

Nel caso di discrepanza la Regione deve indicare le motivazioni.

W) ACCORDI SUCCESSIVI AL DPCM 29/11/2001

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

W.1

Si chiede alla Regione se abbia recepito l' Accordo Stato-Regioni del 13 dicembre 2018 (rep Atti 225/CSR) inerente lo schema tipo di convenzione per la cessione di sangue e dei suoi prodotti per uso di laboratorio e per la produzione di dispositivi medico-diagnostici in vitro.

W.2

Si chiede alla Regione se abbia recepito l' Accordo Stato Regioni 13 dicembre 2018 (rep Atti 226/CSR) inerente lo schema tipo di convenzione per la cessione e l'acquisizione programmata di emocomponenti ai fini della compensazione interregionale.

W.3

Si chiede alla Regione se abbia recepito l' Accordo 8 marzo 2018 (Rep. Atti 66/CSR) inerente i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici degli Istituti dei tessuti per la qualità e la sicurezza nella donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umane.

W.4

Si chiede alla Regione se abbia recepito l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 21 febbraio 2019 (Rep. Atti 28/CSR) recante il PNGLA 2019-2021.

Y) LEA AGGIUNTIVI

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

Sarà verificato il “provvedimento ricognitivo” dei LEA aggiuntivi previsto dall'art. 4 del Patto per la Salute 2010-2012 nel quale dovrà essere indicata la norma di riferimento, lo specifico capitolo di bilancio e l'importo del finanziamento.

La valutazione sarà positiva se il provvedimento riporta i dati indicati.

Verrà valutata, altresì, la congruità dei dati dichiarati con quelli risultanti dall'allegato 5 al modello di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza (modello LA).

AH) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

L'adempimento si considera superato se la Regione:

- risponde affermativamente alle domande ai punti AH.1, AH.2, AH.3 (il punto AH.3 si valuta positivamente se è stata effettuata almeno una verifica nell'anno 2019 da parte dell'OTA nelle strutture sanitarie e socio sanitarie) e AH.4.
- compila la tabella al punto AH.5 riferita alle strutture private, riportando, per ogni tipologia, una percentuale di strutture accreditate pari al 100%.

Qualora la Regione non abbia concluso l'iter di accreditamento istituzionale per le strutture sanitarie e sociosanitarie private, relazioni sulle strutture per le quali è ancora in corso tale procedura e sulle motivazioni del ritardo, indicando il cronoprogramma delle azioni attivate o in fase di attivazione per pervenire alla conclusione del processo.

Per il punto AH.6, a carattere in formativo, si chiede di compilare la tabella riportata. I dati in essa contenuti, saranno confrontati con quelli del questionario compilato nell'ambito dell'indagine sullo stato di avanzamento del sistema di accreditamento condotta da Agenas e Ministero della Salute.

Qualora la Regione non abbia concluso l'iter di accreditamento istituzionale per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche, relazioni sulle strutture per le quali è ancora in corso tale procedura e sulle motivazioni del ritardo, indicando il cronoprogramma delle azioni attivate o in fase di attivazione per pervenire alla conclusione del processo

Le tipologie di strutture comprendono le seguenti strutture che sono oggetto anche della rilevazione Agenas sopra richiamata:

STRUTTURE	
Strutture di ricovero ospedaliere	
Strutture di riabilitazione ex art. 26	
Strutture per anziani e demenze senili	
Strutture per disabili	
Strutture per dipendenze patologiche	
Strutture per persone con problemi psichiatrici	
Strutture per malati di AIDS	
Hospice per malati terminali	
Strutture ambulatoriali	
	Radiologia
	Laboratori Analisi
	Riabilitazione ex art. 26
	Altro (specificare)
Altre strutture	

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

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

Si chiede alla Regione di allegare il Piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, qualora non sia stato già allegato negli anni precedenti o qualora fossero intervenute modifiche.

La Regione deve inoltre compilare le tabelle al punto AK.2.

Si chiede di indicare il numero totale dei laboratori, eroganti prestazioni, suddiviso a seconda della tipologia di struttura erogatrice (strutture pubbliche e/o private accreditate), della tipologia di laboratorio (di base, con settori specialistici, specialistico), e del numero di prestazioni erogate all'interno dei valori soglia definiti. E' richiesto, inoltre, di specificare il numero di laboratori all'interno delle strutture di ricovero, ciò per consentire l'integrazione delle informazioni rispetto a quelle derivanti dalla riorganizzazione della rete ospedaliera.

Nel caso in cui siano presenti laboratori che erogano meno di 200.000 prestazioni/anno, alla luce della sentenza del Consiglio di Stato n. 4517/2018, si chiede alla Regione di inviare una relazione in merito alle azioni intraprese atte a garantire l'efficientamento del sistema.

AM) CONTROLLO CARTELLE CLINICHE

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

Si riportano di seguito gli schemi tipo Tabella 1 e Tabella 2 da cui verranno desunti gli indicatori evidenziati, oggetto di verifica (cfr. Circolare MdS n. 5865 del 1 marzo 2013 "*Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche*"). Da compilare e trasmettere esclusivamente in formato Excel, separatamente per erogatori pubblici e privati, unitamente al report previsto all'art.3 comma 2 del DM 10 dicembre 2009.

Tabella 1. Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art. 79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) - Anno di verifica 2019

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

Note:

CC = cartelle cliniche

(a) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11

(b) (art. 3 comma 3 lettera e DM 10.12.2009)

(c) Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP11

(d) Numero delle cartelle cliniche non confermate secondo i criteri stabiliti dalla Regione. - Allegare documentazione riguardo la definizione dei criteri suddetti

(e) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatezza (in euro)

(f) Abbattimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati

(g) Ulteriori misure adottate dalla Regione (non ad impatto economico/finanziario)

[illegible]

CC = cartelle cliniche

Prestazione... = per ogni prestazione ad alto rischio di inappropriata rilevata riportare la descrizione e compilare le 2 colonne con i risultati dei controlli; inserire nella tabella le colonne necessarie

* riportare solo se identificati dalla Regione come ad alto rischio di inappropriata in relazione ad elevati volumi (rif. art.2 comma 2 lett.b DM 10.12.2009)

^ (rif. art. 2 comma 3 DM 10.12.2009)

(a) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11

(b) Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP11

(c) Numero delle cartelle cliniche non confermate secondo i criteri

(d) Somma del numero cartelle cliniche (Σ Num CC tot) delle prestazioni ad alto rischio inappropriatezza

(e) Numero cartelle cliniche totali della struttura erogatrice

$$(f) = (d)/(e)$$

(g) Somma del numero cartelle cliniche non confermate (\sum Num CC non confermate) delle prestazioni ad alto rischio inappropriatezza

$$(h) = (g)/(d)$$

(i) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatezza (in euro)

(1) Abbattimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati

(m) Ulteriori misure adottate dalla Regione (non ad impatto economico/finanziario)

AO) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

Le Regioni valutate adempienti con impegno nel 2018, in relazione agli indicatori di cui alla tabella del punto AO.1.4 del Questionario 2018, devono fornire risposte sul raggiungimento degli indicatori qualitativi e quantitativi, di cui al punto AO.1.2 del Questionario 2018.

AO.1.1

Il punto AO.1 si riferisce alla formale approvazione dei requisiti minimi di **tutte** le strutture della Rete di cure palliative e della Rete di Terapia del dolore ai sensi dell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012: Rete locale CP, Ospedale, Hospice, UCP domiciliari, Rete TdD, Centro ospedaliero di TdD, Centro ambulatoriale di TdD.

L'approvazione dei requisiti di **tutte** le strutture comporta l'attribuzione di **1 punto**. In caso di adempimento parziale (solo alcune strutture) sarà attribuito **0,5 punto**.

AO.1.2

Ai fini della verifica saranno valutati i seguenti aspetti sulla base delle informazioni ricavate dai flussi STS 24, SDO, SIAD e Hospice (max 4 punti - min 2 punti. In caso di punteggio <2 il punteggio è pari a 0).

Indicatore n. 1

Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT).

Un valore $\geq 45\%$ comporta l'attribuzione di **1 punto**; un valore $\geq 35\%$ comporta l'attribuzione di **0,5 punto**.

Indicatore n. 2

Numero posti letto in hospice su numero deceduti per causa di tumore.

La presenza di almeno 1 p.l. hospice (rilevati da anagrafica NSIS) per ogni 56 deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT), comporta l'attribuzione di **1 punto**.

Indicatore n. 3

Variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT). Se il rapporto percentuale tra il valore rilevato nell'anno di riferimento e il valore rilevato nell'anno precedente è $\geq 5\%$, viene attribuito **1 punto**; un valore del rapporto $\geq 2,5\%$, comporta l'attribuzione di **0,5 punto**.

Indicatore n. 4

Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (dalla Rete cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica.

Se il valore rilevato è $\leq 25\%$ viene attribuito **1 punto**; se il valore rilevato è $\leq 35\%$ viene attribuito **0,5 punto**.

Il punteggio massimo per la corretta compilazione del punto AO.1.2 è di 4 punti. Il punteggio minimo è di 2 punti. Se il totale risulta <2, il punteggio assegnato per la sezione AO.1.2 è pari a 0.

A solo titolo informativo

Indicatore 5

Numero di malati oncologici deceduti in ospedale sul numero di deceduti per malattia oncologica. Il numeratore è estratto dal flusso SDO considerando solo la diagnosi principale (ICD 9CM 140-208). Il denominatore riporta la media dei deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT).

Indicatore 6

Variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra numero annuo di giornate effettive di assistenza (GeA) del medico palliativista erogate a domicilio ai malati deceduti a domicilio a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore (fonte ISTAT).

AO.2 Consumo territoriale di farmaci oppioidi registrato tramite flusso art. 50 D.L. 30/09/2003 n. 269 convertito con modificazioni nella Legge 24.11.2003 n. 326 e tramite flusso della distribuzione diretta e per conto di cui al DM 31/07/2007 e successive modifiche.

Il calcolo di tale indicatore è effettuato dal Ministero della salute secondo la seguente formula:

$$\frac{\text{Consumo di farmaci in DDD della popolazione residente per fascia d'età/sexo} * 1000}{\text{popolazione residente per fascia d'età/sexo}}$$

Un valore in aumento rispetto all'anno precedente comporta l'attribuzione di **1 punto**.

La Regione per ottenere la valutazione di adempienza deve raggiungere il punteggio di 3,5 punti/6 totali.

AP) SANITA' PENITENZIARIA

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

AP.1.1

Verrà valutato il seguente indicatore:

N. posti letto attivati in REMS anche transitorie/N. di posti letto programmati

La valutazione prevede l'attribuzione di un punteggio come di seguito indicato:

- attivazione 80% posti letto attivati/programmati: 3 punti
- attivazione 50% posti letto attivati/programmati: 2 punti
- attivazione < 50% posti letto/programmati: 1 punto

AP.1.2

a) Si chiede alla Regione se ha adottato con provvedimento la riorganizzazione della rete dei servizi sanitari penitenziari (intra-penitenziaria, territoriale e ospedaliera) e nel caso si chiede di inviare la documentazione.

In caso di risposta affermativa viene attribuito un punto; qualora la risposta sia negativa zero punti.

b) si chiede alla Regione una relazione descrittiva della rete programmata e dello stato di attivazione dei servizi in essa previsti.

In caso di risposta affermativa viene attribuito un punto; qualora la risposta sia negativa zero punti.

PUNTEGGIO MASSIMO ATTRIBUITO: 5 PUNTI

La Regione si considera inadempiente se la somma del punteggio delle domande AP.1.1, AP.1.2 è inferiore a 3, adempiente con impegno se raggiunge il punteggio 3, adempiente se raggiunge il punteggio 4.

AS) RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

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

AS.1

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

La valutazione di adempienza viene raggiunta qualora siano state implementate almeno 14 Raccomandazioni su 18 e qualora almeno l'80% del totale delle Aziende sanitarie della Regione abbia implementato ogni Raccomandazione, secondo quanto espresso dalla colonna D della tabella.

AS.2

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

Criterio per l'adempienza è che il rapporto tra le strutture che utilizzano UFA interne o esterne al Presidio (colonne A+B) per l'allestimento delle preparazioni antiblastiche, rispetto al totale delle strutture che erogano prestazioni oncologiche (colonne A+B+C) sia almeno il 80%.

AS.3

Il Ministero utilizzerà i dati delle SDO per verificare che all'interno delle Schede di Dimissione ospedaliera della Regione siano presenti errori in meno del 10% dei ricoveri.

Il criterio per l'adempienza è la rilevazione di una percentuale di errore inferiore al 10% relativamente alla compilazione del campo check list operatoria per intervento principale (numero schede SDO con errore di compilazione nel campo check list operatoria intervento principale/numero totale di schede SDO con intervento principale ricompreso tra le procedure terapeutiche maggiori secondo classificazione 4 AHRQ).

AS.4

Compilazione a cura del Ministero

Sulla base dei dati presenti nel flusso Simes, verrà valutata la percentuale di completa compilazione di almeno il 60% della scheda A e della scheda B degli eventi sentinella, comprensive cioè di analisi dell'evento avverso, individuazione dei fattori contribuenti e piano di miglioramento.

Nota di accompagnamento:

La completa compilazione delle schede A e B degli eventi sentinella e, in particolare, dei campi relativi all'analisi dell'evento avverso, ai fattori contribuenti individuati e alle azioni di miglioramento implementate, rappresentano indicatori importanti per valutare la capacità e il grado di attenzione della Regione nei confronti della tematica della riduzione del rischio clinico e del contenimento degli eventi avversi e per comprendere in qual misura la cultura della sicurezza si sia diffusa in ambito sanitario.

Pertanto, l'adempienza verrà valutata verificando la percentuale di completa compilazione di almeno il 60% degli eventi sentinella segnalati tramite flusso SIMES, ove per completezza si intende l'aver compilato i campi relativi all'analisi dell'evento avverso, compreso quindi i fattori contribuenti e alle azioni di miglioramento individuate.

Nelle more di una modifica del sistema informativo, in casi estremamente selezionati, qualora non sia possibile evidenziare cause e fattori contribuenti, nella scheda B va riportato nel campo "Azioni per la riduzione del Rischio" la dicitura: *"NON SONO STATE ACCERTATE LE CAUSE E I FATTORI CONTRIBUENTI CHE HANNO CONTRIBUITO A DETERMINARE L'EVENTO SENTINELLA"*.

In tale caso, il Ministero della salute non terrà conto della scheda B.

L'evento segnalato pertanto non confluirà tra gli eventi la cui analisi incide nella valutazione dei LEA.

In assenza di tale dicitura il report confluirà tra gli eventi oggetto di valutazione.

AT) PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI DEGLI ENTI DEL SSN

Ai fini della verifica dell'adempimento, le Regioni devono inviare al Comitato Lea e al Tavolo Adempimenti la seguente documentazione:

- relazione periodica di accompagnamento al PAC, nel rispetto della tempistica di invio prevista nel decreto;
- stato di avanzamento del PAC nel rispetto delle scadenze previste nello stesso;
- rispetto del cronoprogramma ed eventuale riprogrammazione del piano di lavoro.

AAD) SISTEMA FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

Documentazione regionale da produrre: relazione sullo stato di attuazione del FSE regionale ed utilizzo dei servizi di Interoperabilità resi disponibili dall'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI), nel rispetto delle pianificazioni convenute.

Modalità di verifica: La verifica del rispetto dei termini di disponibilità dei predetti servizi regionali sarà valutata in base ai riscontri tecnici risultanti presso il Ministero dell'economia e delle finanze (forniti da Sogei), Agid e Ministero della salute (Tavolo tecnico ex art. 26 DPCM n. 178 29/9/2015).

AAE) ATTIVITA' TRASFUSIONALE

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

AAE. 1

Considerato che ogni anno viene emanato il Decreto del Ministro sul Programma annuale di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti, sulla base delle indicazioni fornite dal Centro nazionale sangue e dalle strutture regionali di coordinamento, è necessario che i dati di attività trasfusionale siano trasmessi al Centro Nazionale Sangue (CNS), attraverso il SISTRA, entro la scadenza prevista, al fine di consentire la programmazione annuale. Inoltre al fine di verificare l'efficacia della programmazione regionale, prendendo a riferimento i Globuli Rossi (prodotto driver), attraverso SISTRA, si può calcolare la variazione percentuale tra quanto rilevato nell'anno e quanto dichiarato nel programma nazionale di autosufficienza annuale relativamente alla produzione e al consumo (unità trasfuse + unità eliminate) di globuli rossi, attraverso specifici indicatori di produzione e consumo rispetto al programmato.

Il Centro nazionale sangue, attraverso il Sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA), attesta preliminarmente all'Ufficio competente per materia (Uff 7 DGPRE) che i dati di attività trasfusionali necessari per la predisposizione del Programma annuale, siano stati inviati entro la scadenza prevista del 28 febbraio (validazione entro il 30 marzo) dell'anno successivo alla rilevazione.

AAE 1.1

Il CNS sulla base degli indicatori sotto riportati provvede ad attestare all'Ufficio competente per materia (Uff 7 DGPRE) che la variazione percentuale abbia un valore pari a $\pm 3\%$.

Indicatore di produzione: $[(A-B)/B]*100$

A= globuli rossi prodotti rilevati nell'anno

B = globuli rossi prodotti programmati nel programma annuale di autosufficienza

Indicatore di consumo: $[(C-D)/D]*100$

C= globuli rossi consumati (trasfusi + eliminati) rilevati nell'anno

D= globuli rossi consumati programmati nel programma annuale di autosufficienza.

Tali dati sono trasmessi alle Regioni.

La Regione è considerata adempiente qualora il valore, attestato dal CNS, sia pari a $\pm 3\%$.

Qualora eccezionalmente il valore degli indicatori non sia contenuto nel 3%, è necessario fornire motivazioni delle cause.

AAE. 2

In attuazione dell'articolo 25, comma 5 del decreto 2 novembre 2015, ai fini della prevenzione della trasfusione evitabile, sono state elaborate dal Centro nazionale sangue le Linee guida per il programma di Patient Blood Management (PBM), trasmesse a tutte le Regioni, con nota della Direzione generale della Prevenzione sanitaria del 19 gennaio 2017 (prot. 1909), al fine della loro implementazione presso le Aziende sanitarie.

Considerato che il Programma PBM si basa su un approccio multiprofessionale e multidisciplinare che vede coinvolti oltre i Servizi trasfusionali anche le Direzioni sanitarie, i reparti di Anestesia e rianimazione, i singoli reparti chirurgici interessati negli interventi programmati e tutti gli specialisti che hanno un ruolo nei percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici, ai fini della verifica dell'implementazione del Programma da parte delle Aziende sanitarie si richiede, in fase iniziale, di fornire evidenza dell'identificazione di un medico esperto di emostasi e trombosi per la gestione nel periodo pre, intra e post-operatorio dei pazienti con coagulopatie e/o piastrinopatie congenite o

acquisite, o anamnesi positiva per emorragia, o in trattamento con anticoagulanti e/o antiaggreganti piastrinici.

Si richiede alla Regione di allegare la documentazione attestante l'individuazione del medico esperto in emostasi. E' valutata adempiente se almeno nell'80% delle aziende sanitarie (ospedaliere/universitarie/enti ecc.) regionali sia stato individuato il medico esperto di emostasi e trombosi.

AAE.3

Con il decreto 2 dicembre 2016 recante "Programma nazionale plasma e medicinali plasmaderivati, anni 2016-2020" è stato emanato, ai sensi dell'articolo 26, comma 2, del decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261, il primo Programma finalizzato allo sviluppo della raccolta di plasma nei servizi trasfusionali e nelle unità di raccolta ed alla promozione del razionale ed appropriato utilizzo dei farmaci plasmaderivati. Nel Programma, per ogni Regione o Provincia autonoma, sono stati previsti gli obiettivi da raggiungere nel periodo 2016-2020 che, per le Regioni che presentano scostamenti significativi dai valori medi nazionali, vengono declinati ogni anno all'interno del Programma di autosufficienza nazionale di sangue e suoi prodotti. Pertanto è stato previsto, quale indicatore da utilizzare, la variazione percentuale tra quanto rilevato nell'anno e quanto programmato nel programma annuale di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti relativamente alla quantità di plasma da conferire al frazionamento industriale.

Il CNS sulla base dell'indicatore sotto riportato provvede ad attestare all'Ufficio competente per materia (Uff 7 DGPRES) che lo stesso presenti un valore uguale o superiore rispetto al programmato. Qualora il valore dell'indicatore sia inferiore, esso non deve superare il - 5%.

Indicatore di produzione plasma: $\{[(A-B) / B] * 100\}$

A= plasma conferito al frazionamento industriale nell'anno (chilogrammi).

B = plasma da conferire al frazionamento industriale programmato nel programma annuale di autosufficienza (chilogrammi).

Tali dati sono trasmessi alle Regioni.

La Regione è considerata adempiente qualora il valore dell'indicatore, attestato dal CNS, sia uguale o superiore rispetto al programmato e qualora il valore sia inferiore non deve superare il - 5%.

Qualora eccezionalmente si verifichi uno scostamento è necessario fornire motivazione delle cause.

AAE. 4

L'articolo 2, comma 2 della Legge 21 ottobre 2005, n. 219 "*Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati*", stabilisce che le attività trasfusionali sono parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e si fondano sulla donazione volontaria, periodica, responsabile, anonima e gratuita del sangue umano e degli emocomponenti. In particolare, il conseguimento dell'autosufficienza nazionale dei componenti labili del sangue (globuli rossi, piastrine e plasma) e dei prodotti derivati dal plasma, basato sulla donazione periodica, contribuisce al mantenimento di elevati livelli di qualità e sicurezza.

I dati di sorveglianza epidemiologica sui donatori di sangue mostrano, inoltre, che le positività nei donatori occasionali sono in media 4 volte quelle rilevate nei donatori periodici, con un impatto negativo sul rischio residuo di trasmissione delle infezioni attraverso la trasfusione.

Per quanto sopra, un obiettivo strategico del sistema trasfusionale è rappresentato dall'aumento del numero di donatori periodici mediante l'attuazione di strategie volte al reclutamento e alla fidelizzazione dei nuovi donatori, anche in sinergia con le Associazioni e Federazioni dei donatori volontari di sangue con le quali, sulla base dell'Accordo Stato Regioni del 14 aprile 2016, le regioni

stipulano apposite convenzioni che includono la programmazione quali-quantitativa delle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti.

Il CNS sulla base dell'indicatore sotto riportato provvede ad attestare all'Ufficio competente per materia (Uff 7 DGPRE), per ciascuna regione, la differenza tra la percentuale di donatori periodici sul totale dei donatori nell'anno di rilevazione e la percentuale nazionale dei donatori periodici calcolato per l'anno precedente, utilizzando la formula sotto riportata.

$$\text{Indicatore di donazione periodica } P = \left\{ \left[\left(\frac{P_R}{D_R} \right) \cdot 100 \right] - \left[\left(\frac{P_N}{D_N} \right) \cdot 100 \right] \right\}$$

P_R = N. donatori periodici regionali nell'anno di rilevazione

D_R = N. donatori totali regionali nell'anno di rilevazione

P_N = N. totale donatori periodici nazionali nell'anno precedente

D_N = N. totale donatori nazionali nell'anno precedente

La Regione è considerata adempiente se il valore dell'indicatore è uguale o maggiore di zero, e se il valore inferiore allo zero (valore negativo) è contenuto in una deviazione standard rispetto alla media nazionale.

La Regione il cui indicatore si discosti dai valori sopra indicati, sarà considerata adempiente se la percentuale dei donatori periodici risulta aumentata del 4% nell'anno di rilevazione rispetto all'anno precedente.

Tale indicatore intende far in modo che la percentuale dei donatori periodici sia omogenea sul territorio, attestandosi uniformemente attorno al valore medio nazionale.

Tali dati sono trasmessi alle Regioni.

AAF) PERCORSO NASCITA

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

AAF.1.1 Riorganizzazione dei Punti nascita regionali ai sensi dell'Accordo del 16 dicembre 2010 e del DM 70/2015.

Si valuterà la coerenza della Rete dei Punti Nascita con la classificazione delle strutture prevista dal DM 70/2015.

Si precisa che il DM 70/2015 prevede:

I Presidi Ospedalieri di Base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca.

In tale tipologia di struttura sanitaria non è prevista l'Unità Operativa di ostetricia, a meno di specifiche deroghe.

I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialità: [.....] Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno).

I presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di DEA di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende ospedaliere, alle Aziende ospedaliere universitarie, a taluni Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e a Presidi di grandi dimensioni della Azienda Sanitaria Locale (ASL). Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, quali a titolo indicativo [.....] Rianimazione pediatrica e neonatale.

AAF.2 Deroghe Punti Nascita sub standard

Si valuterà l'ottemperanza della Regione all'Accordo del 16.12.2010 relativamente ai Punti Nascita substandard per volumi di attività per la persistenza dei quali è necessario richiedere parere di deroga al Comitato Percorso Nascita nazionale.

AAF.2.1

Nel caso in cui il parere del CPN nazionale alla richiesta di deroga sia stato sfavorevole per uno o più PN, Si chiede alla Regione se ha provveduto a chiudere il PN e di inviare il relativo atto formale. Se non ha provveduto a chiudere il PN si chiede alla Regione di fornire adeguata motivazione.

Si valuterà l'aderenza della Regione al parere formulato dal CPN nazionale.

AAF.3 Dati relativi alla percentuale di “Late Preterm” nei Punti Nascita di I e II Livello

Vengono definiti Late-Preterm (LP) o “pretermine tardivi” i bambini che nascono a 34-36 settimane di gestazione. Nella maggioranza dei casi le nascite di neonati Late-Preterm sono dovute ad azioni improprie collegate a induzioni di travaglio/parto artificiali iniziate precocemente (34°/36° settimana) per esigenze organizzative e non strettamente su indicazioni mediche. Una induzione farmacologica del travaglio esita in parto Late Preterm per via vaginale o, con grande frequenza, in parto con Taglio Cesareo.

Il numero dei neonati “Late Preterm” rappresenta un fedele indicatore dell'uso di induzioni farmacologiche; la letteratura evidenzia chiaramente che i neonati “Late Preterm” hanno una probabilità di 3.5/4.5 volte maggiori di ricovero in TIN rispetto ai neonati nati a termine, così come hanno un rischio aumentato, rispetto ai neonati a termine, di mortalità e morbosità in epoca neonatale e nelle età successive.

Oggi la percentuale di Late Preterm rappresenta un potenziale indicatore per i singoli Punti Nascita, proxy della qualità dell'assistenza alla madre e al neonato, con maggior capacità predittiva rispetto alla percentuale dei “fortemente pretermine”

I dati relativi ai Late Preterm saranno forniti a cura del Ministero (fonti dati CEDAP e modelli NSIS HSP11 “Dati anagrafici delle strutture di ricovero” e HSP11bis “Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero”)

AAH) CURE PRIMARIE

L'adempimento si considera superato se la Regione compila, ai soli fini informativi, le tabelle al punto AAH.1 e/o trasmette una relazione sulle azioni individuate e poste in essere in merito alla riorganizzazione delle cure primarie secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

AAJ) PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

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

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018 e l'occorrenza di inadempienze che hanno comportato gravi rischi per la salute pubblica e le popolazioni animali.

La compilazione del punto AAJ.1.1 è a cura del Ministero della salute.

La Regione dovrà fornire le evidenze necessarie alla valutazione per i punti AAJ.1.2, AAJ.1.3 e AAJ.1.4.

La Regione sarà considerata adempiente, qualora non si siano riscontrati motivi ostativi nella valutazione preliminare, se risulta sufficiente per gli item AAJ.1.1, AAJ.1.2, AAJ.1.3 e AAJ.1.4, oppure per 3 di essi e sufficiente per i flussi informativi di sicurezza alimentare e veterinaria (C.13).

AAJ.1.1 Indicatori di performance

Compilazione a cura del Ministero

Per la valutazione vengono utilizzati i criteri di seguito riportati.

N.	Definizione	Punteggi di valutazione			
		Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
1	BRUCELLOSI - PIANI DI RISANAMENTO - rispetto dei tempi di ricontrollo nelle aziende con positività o in risanamento e rispetto dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio - dati rilevabili attraverso SANAN;	rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi e per tutte le specie; nel caso in cui risultano inseriti in SANAN <80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore	rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno il 70% dei casi e per tutte le specie; nel caso in cui risultano inseriti in SANAN <80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore	rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno il 60% dei casi e per tutte le specie; nel caso in cui risultano inseriti in SANAN <80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore	rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in meno del 60% dei casi
2	ANAGRAFE BOVINA - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 1760/00 – livello minimo dei controlli aziende bovine: raggiungimento entro il tempo previsto dalle disposizioni nazionali della soglia del 3% di aziende bovine controllate e disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con $\leq 85\%$ dei controlli in azienda, registrati in BDN, 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, registrati in BDN, effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con $\leq 85\%$ dei controlli in azienda, registrati in BDN, effettuati utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	nessuna delle soglie, di cui ai punteggi precedenti, raggiunta
3	CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	$\geq 90\%$ dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	$\geq 90\%$ dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	$\geq 80\%$ dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
4	ENCEFALOPATIA SPONGIFORME BOVINA - reg. CE 999/2001 % 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	$> 95\%$	$< 94,9\%$ e $> 85\%$	$< 84,9\%$ e $> 75\%$	$< 74,9\%$
5	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
6	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003. Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti - anni 2012-2014: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	criteri precedenti non soddisfatti

VALUTAZIONE FINALE

SUFFICIENTE	≥ 66% del punteggio raggiungibile considerando anche il punteggio raggiunto dagli indicatori 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3 della Griglia LEA che concorrono alla valutazione del valore complessivo della performance regionale e di cui occorre pertanto tenere conto. Pertanto il punteggio totale raggiungibile per l'anno 2017 è di 108 punti (54 di AAJ.1 + 54 delle Griglia LEA), ed il 66% equivale a 72 punti, qualora siano applicabili tutti gli indicatori. La soglia è fissata tendo conto che il valore minimo di accettabilità è posto ad una media di 6 punti per ciascun indicatore ovvero ad uno scostamento minimo del livello da raggiungere
NON SUFFICIENTE	< 66% del punteggio raggiungibile secondo i criteri indicati alla voce precedente

AAJ.1.2 Adozione delle misure appropriate a seguito dei risultati del Sistema regionale di audit (art. 4 comma 6 del Regolamento CE 882/2004)

La Regione dovrà fornire la documentazione attestante la produzione di un “Piano di Azione o una comunicazione di natura equivalente” da parte di ciascuna ASL auditata dall’Ente nel corso dell’anno 2017 al fine di esplicitare le azioni correttive intraprese a seguito delle risultanze degli audit svolti ai sensi dell’art. 4 (6) del Reg. 882/2004.

Sono valutati positivamente anche i Piani di azioni o comunicazioni di natura equivalente prodotti nel primo trimestre 2020 derivanti dall’esecuzione degli audit svolti nel 2019.

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

AAJ.1.3 Attuazione del programma di audit (art. 4 comma 6 del Regolamento CE 882/2004).

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

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

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

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

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

A tal fine la Regione dovrà fornire idonea documentazione (es. stralcio dei rapporti di audit) che attesti gli audit svolti nel 2018, il numero delle ASL oggetto di audit e i relativi sistemi di controllo sottoposti ad audit, al fine di poter valutare l’adeguatezza della copertura territoriale e dei sopraelencati sistemi di controllo.

AAJ.1.4 Verifica dei controlli ufficiali

La Regione dovrà fornire la documentazione che dà evidenza dell'attuazione della verifica dell'efficacia prevista dall'art 8, paragrafo 3 del Reg. 882/2004, svolta in tempo reale (in campo). Pertanto, dovrà essere fornita documentazione attestante l'attuazione delle istruzioni operative adottate sul proprio territorio (ad esempio stralcio di reportistica compilata, ecc.). E' valutata positivamente la trasmissione di almeno due evidenze, riferibili rispettivamente a due distinte strutture, da parte di ciascuna ASL, relativamente alle strutture afferenti all'area di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria di cui all'art. 7 quater del D.lgs. 502/92.

AAM) STANDARD PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE DEL SSN EX ART. 12, COMMA 1, LETT. B), PATTO PER LA SALUTE 2010-2012

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

AAM.1

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

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

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

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

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

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

Per la valutazione dell'adempimento è necessario che la Regione raggiunga la copertura totale dei dati rilevati attraverso la Tabella 1G del Conto Annuale. Pertanto la soglia che consente di poter ritenere affidabili ed utilizzabili i dati è stabilita nel 100%.

Dalla lettura della tabella del Questionario (redatta a cura del Ministero) sarà esaminato il trend di avvicinamento agli standard per le Regioni che sono al di sopra degli standard individuati dal Comitato Lea in data 26/03/2012.

AAQ) OBIETTIVI DIRETTORI GENERALI

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

La Regione deve inviare documentazione inerente l'attuazione dell'articolo 10, comma 6, del Patto per la Salute 2014-2016, come disposto dall'art. 1, commi 567 e 568, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, anche ai sensi dell'articolo 2 comma 3 del decreto legislativo 4 agosto 2016 e s.m. e la descrizione degli obiettivi di salute ed assistenziali regionali ed eventuali sotto-obiettivi:

- disposizioni normative regionali in attuazione delle succitate disposizioni, in caso di mancato invio nel 2018;
- schemi-tipo dei contratti regionali per i nuovi incarichi, in caso di mancato invio nel 2018;
- disposizioni normative regionali relative ad obiettivi ed eventuali sotto-obiettivi, al sistema di monitoraggio e ai criteri di valutazione vigenti.

Verranno valutate le seguenti informazioni:

- tempistica del monitoraggio
- numero e tipologia degli indicatori di salute e assistenziali.

Per ogni indicatore:

- obiettivo e sotto-obiettivo cui è riferito, coerenza con gli obiettivi nazionali e regionali
- soglia, peso, fonte informativa, periodo di riferimento.

AAT) GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

Ai fini dell'adempimento, la Regione deve presentare una relazione sintetica in cui vengano riportate le attività di cui ai punti AAT.1.1, AAT.1.2, AAT.1.3, AAT.1.4 e AAT.1.5.

Per il punto AAT.1.5 la Regione deve compilare la tabella riportata nel Questionario e dettagliare le attività.

AAU) OBBLIGHI INFORMATIVI REGISTRO NAZIONALE MALATTIE RARE

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

La valutazione tiene conto dell'invio tempestivo e completo dei dati al RNMR. La completezza delle informazioni è riferita alle seguenti informazioni incluse nel dataset minimo approvato con Accordo Stato-Regioni del 10 maggio 2007:

- Identificativo del paziente
- Diagnosi della malattia definita secondo le definizioni ed i codici di esenzioni adottati del DM 279/2001 (fino al 14 settembre 2017) e dall'Allegato 7 al DPCM 12 gennaio 2017 (dal 15 settembre 2017 in poi)
- Codice NSIS della struttura che ha effettuato la diagnosi

AAU.1) Invio dei dati al RNMR – Tempestività

Tempestività:

- a) se i dati sono inviati entro il 30 giugno = **2 punti**
- b) se i dati sono inviati entro il 31 luglio = **1 punto**
- c) se i dati sono inviati dopo il 31 luglio = **0 punti**

AAU.2) Invio dei dati al RNMR – Completezza

- a) se le informazioni sulle variabili contenute al punto AAU.2 e incluse nel dataset minimo, **non** sono presenti nel 95% dei record = **0 punti**;
- b) se le informazioni sulle variabili contenute al punto AAU.2 e incluse nel dataset minimo, sono presenti nel 95% dei record = **1 punto**;
- c) se oltre alle informazioni sulle variabili contenute al punto AAU.2 e incluse nel dataset minimo, sono fornite in almeno il 30% dei record le seguenti informazioni aggiuntive: data (mese-anno) di esordio della malattia o struttura che ha effettuato la prima diagnosi (anche se diversa da quella indicata come struttura che ha effettuato la certificazione ai fini dell'esenzione) = **2 punti**

Schema di valutazione finale fino a un massimo di 4 punti:

ADEMPIENZA	Punteggio totale almeno = 3
ADEMPIENZA CON IMPEGNO	Punteggio totale = 2 (almeno =1 per entrambi i parametri)
INADEMPIENZA	Punteggio totale < = 1

La Regione sarà valutata su entrambi i parametri di tempestività e completezza.

Sarà considerata adempiente se l'invio dei dati completi (95%), almeno rispetto alle variabili contenute al punto AAU.2 avviene entro il 30 giugno.

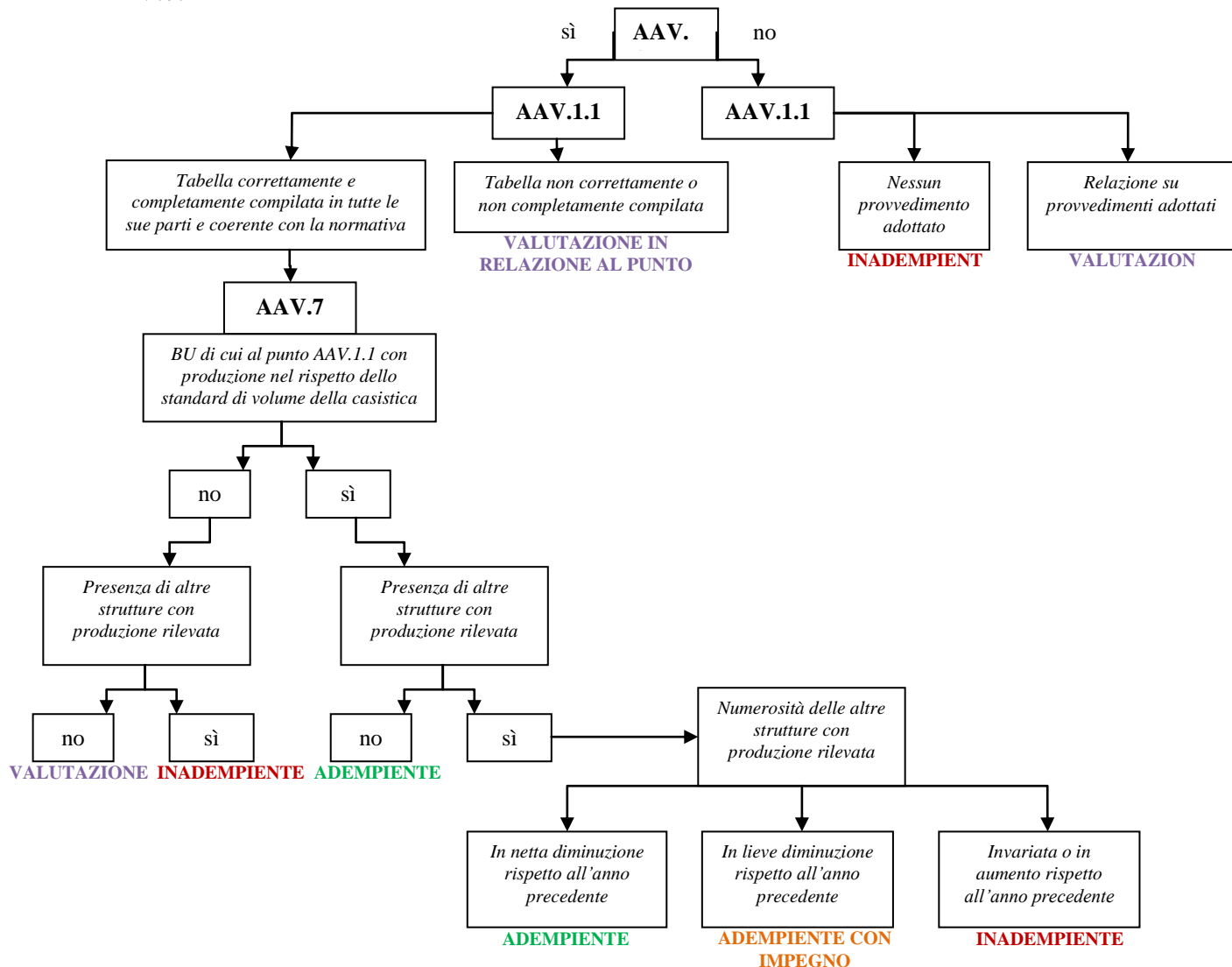
Sarà considerata adempiente anche nel caso in cui, pur inviando al RNMR il 95% dei dati relativi alle variabili contenute al punto AAU.2 **oltre il 30 giugno** *(ma comunque non oltre il 31 luglio) allegherà, in almeno il 30% dei record, almeno una delle informazioni aggiuntive indicate al punto c).

AAV) RETE DEI CENTRI DI SENOLOGIA

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

Si procederà all'esame delle informazioni fornite dalle Regioni per quanto riguarda i punti da AAV.1 a AAV.7 (allegare atti e relazioni).

L'adempienza sarà considerata esclusivamente in base alla valutazione dei punti AAV.1, AAV.1.1, AAV.7.



In particolare, l'adempienza sarà valutata soprattutto in relazione agli indicatori posti ai punti AAV.1 e AAV.7. Per quanto riguarda il punto AAV.7, l'ulteriore controllo sulla numerosità delle strutture non previste come BU a livello regionale, ma che hanno una produzione assimilabile ad un Centro di Senologia, sarà effettuato dall'anno successivo a quello della prima rilevazione.

AAV.1.1 Dal momento che, per definizione, una Breast Unit è una unità funzionale, inserire in tabella le codifiche relative alla disciplina/divisione che solitamente compila la SDO a seguito dell'intervento chirurgico per tumore della mammella.

Esempio: La Breast Unit è stata attivata, con relativo atto regionale "W", all'interno del Presidio "A", censito nei modelli NSIS HSP come "999000", subcodice Stabilimento "01". A titolo di esempio, nel Presidio A, le SDO relative all'intervento chirurgico per neoplasia della mammella vengono registrate alla dimissione dalla Chirurgia Generale (codice disciplina "09"), e più precisamente dalla divisione "02". In tal caso la tabella di cui al punto AAV 1.1 sarà compilata come segue:

Denominazione Istituto	Codice Istituto	Subcodice Stabilimento	Codice disciplina	Progressivo divisione	Norma regionale di riferimento
Fonte: HSP.11	Fonte: HSP.11	Fonte: HSP.11bis	Fonte: HSP.12/13	Fonte: HSP.12	
A	999000	01	09	02	W

AAV.6 Specificare nel dettaglio quali siano le soluzioni adoperate da ciascun Centro di Senologia, e se sia presente interoperatività tra i vari Centri. In particolare, dettagliare quali fonti informative concorrono alla creazione/alimentazione del database in uso alla Breast Unit, e come tali dati vengano gestiti ed utilizzati nell'uso corrente.

AAV.7 La quantificazione del numero di primi interventi su casi di tumore della mammella incidenti, prevista dal DM 70/2015, viene effettuata a cura del Ministero della Salute secondo la seguente scheda tecnica:

Fonte	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
Campi interessati	Disciplina, Intervento principale, interventi secondari, diagnosi principale, diagnosi secondarie
Obiettivo	Quantificare il numero di primi interventi su casi di tumore della mammella incidenti . Per tale motivo il monitoraggio consta di due fasi distinte: I. Individuazione della popolazione con tumore della mammella nell'anno di riferimento (tramite criteri di cui al punto A) II. Esclusione delle pazienti con ricoveri negli anni precedenti (tutti gli anni SDO) per tumore della mammella (tramite criteri di cui al punto B)
Criteri di selezione (A)	Selezione: Diagnosi (principale o secondarie) 174*; 2330 Intervento (principale o secondari) 8520; 8521; 8522; 8541; 8542; 8543; 8544; 8545; 8546; 8547; 8548 Esclusione: Dimissione dalle discipline 28, 56, 60, 75 Diagnosi (principale o secondarie): V103
Criteri per popolazione incidente (B)	Selezione: Diagnosi (principale o secondarie) 174*; 2330; V103
Logica	Selezione dei primi interventi per cui sia verificata la condizione A, ad esclusione degli identificativi paziente rilevati negli anni precedenti con i criteri di cui al punto B. Step: 1. SDO ANNO DI RIFERIMENTO – selezione della popolazione che soddisfa i criteri di cui al punto A a. Ordinamento del DB per identificativo paziente e data del primo intervento per tumore della mammella (preventivamente occorre identificare la prima data di procedura per i codici intervento di cui al punto A) b. Esclusione dei duplicati (chiave: identificativo paziente), in modo da selezionare i soli primi interventi per tumore della mammella effettuati nell'anno di riferimento 2. SDO ANNUALITA' PRECEDENTI – selezione della popolazione che soddisfa i criteri di cui al punto B 3. Dalle SDO ANNO DI RIFERIMENTO di cui al punto 1, rimuovere i record con identificativo paziente riscontrato nelle SDO anni precedenti di cui al punto 2 4. Nel dataset SDO così ottenuto quantificare il numero di interventi per stabilimento e disciplina di dimissione 5. Verificare, come check monitoraggio, se risultino effettuati almeno 135 interventi nello stabilimento
Campi post-elaborazione	(a) Numero di primi interventi su casi di tumore della mammella incidenti (b) Check monitoraggio (cfr. punto successivo)
Check monitoraggio	Esito del monitoraggio "OK" se risultano effettuati almeno 135 primi interventi su casi di tumore della mammella incidenti if (a) ≥ 135 then check = "OK"

AAW) INTERCONNESSIONE A LIVELLO NAZIONALE DEI SISTEMI INFORMATIVI SU BASE INDIVIDUALE DEL SSN

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2018.

La verifica riguarda le modalità di applicazione del decreto del Ministro della salute del 7 dicembre 2016, n. 262 “Regolamento recante procedure per l’interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato”, con particolare riferimento alla valorizzazione dei campi relativi alla Validità e Tipologia del Codice Identificativo Assistito nei diversi sistemi informativi individuali del Ministero della salute interconnettibili. In particolare sarà verificato che in ciascun flusso oggetto del Regolamento interconnessione la valorizzazione del campo Validità con il valore 1 (non valido) e Tipologia del CI con il valore 99 (non presente in banca dati) deve essere minore o uguale ad un valore soglia in corso di definizione sulla base dell’analisi dei dati del 2018 (Interconnessione a regime).

Sistema Informativo (S.I.)	SIGLA	Avvio recupero pregresso	Termine recupero pregresso	Avvio a regime
<i>S.I. per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza-Pronto soccorso</i>	<i>EMUR-PS</i>	01/03/2018	30/06/2018	01/03/2018
<i>S.I. per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza - Sistema 118</i>	<i>EMUR-118</i>	01/03/2018	30/06/2018	01/03/2018
<i>S.I. per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare</i>	<i>SIAD</i>	01/04/2018	31/07/2018	01/08/2018
<i>S.I. per il monitoraggio delle prestazioni residenziali e semiresidenziali</i>	<i>FAR</i>	01/05/2018	30/06/2018	15/07/2018
<i>S.I. per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice</i>	<i>Hospice</i>	01/04/2018	31/07/2018	01/04/2018
<i>S.I. salute mentale</i>	<i>SISM</i>	01/05/2018	31/07/2018	01/07/2018
<i>S.I. nazionale dipendenze</i>	<i>SIND</i>	01/09/2018	31/10/2018	01/11/2018

L’adempienza si considera raggiunta se la Regione ha inviato i dati di tutti i sistemi informativi soprarichiamati relativamente all’anno 2019 avendo assegnato ad ogni assistito il Codice Univoco Non Invertibile (CUNI) dopo aver verificato la validità del codice identificativo dell’assistito medesimo attraverso il servizio di verifica del codice identificativo reso disponibile dal sistema tessera sanitaria. Inoltre la Regione deve aver concluso il recupero dei dati relativi agli anni precedenti il 2019 per tutti i soprarichiamati sistemi informativi nei termini sopra indicati, superando le eventuali criticità riscontrate nella corretta valorizzazione dell’identificativo assistito utilizzato precedentemente all’applicazione del Regolamento n. 262/2016.

AAZ) SISTEMA ANAGRAFE NAZIONALE VACCINI

- Decreto del Ministero della salute 17 settembre 2018 recante "Istituzione dell'Anagrafe nazionale vaccini", istituita ai sensi dell'articolo 4-bis del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito, con modificazioni, dall'art. 1 della legge 31 luglio 2017, n. 119, recante: «Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci»

Nome referente regionale _____	
Telefono _____	E-mail _____

Verifica e valutazione, ad opera della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, dello stato di attuazione della trasmissione della scheda dello stato vaccinale aggiornata di ciascun assistito da parte delle Regioni all'Anagrafe nazionale vaccini.

L'adempienza si considera raggiunta se la regione ha trasmesso all'Anagrafe nazionale vaccini le informazioni relative alla scheda dello stato vaccinale (tracciato A, B e C) con riferimento sia ai soggetti residenti (modalità RE), sia ai soggetti trasferiti in altra regione (modalità TR), nonché le vaccinazioni somministrate a soggetti non residenti in regione (modalità MV) secondo le specifiche e nelle tempistiche previste dal decreto di istituzione e concordate nell'ambito delle riunioni del gruppo di lavoro Anagrafe nazionale vaccini.