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 2020

REGIONE _____

Indice

PREMESSA 3
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA 4
Sanità Pubblica (U, AAZ, C.2, C.3) 6
Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare (AAJ, C.13) 10
AREA DISTRETTUALE 24
Rete Territoriale (C.2, C.3) 26
Assistenza Primaria (AAH, C.2, C.3) 27
Assistenza residenziale e semiresidenziale (S, C.2, C.3, C.8) 29
Assistenza domiciliare (C.7, S) 32
Assistenza ambulatoriale (C.2, C.3, C.5) 34
Cure palliative e terapia del dolore (AO, C.9) 36
Riabilitazione (C.2, C.3) 38
Rete EMUR – 118 (C.12) 39
Salute Mentale (C.10) 40
Sanità Penitenziaria (AP) 41
Dipendenze (C.11) 42
Gioco d'Azzardo Patologico (AAT) 43
AREA OSPEDALIERA 44
Rete Ospedaliera – Posti Letto e ricoveri (F, C.2, C.3) 46
Rete EMUR – PS (C.12) 50
Rete dei punti Nascita (AAF, C.2, C.3) 51
Rete dei centri di senologia (AAV) 54
Rete Laboratoristica (AK) 57
Rete Trasfusionale (AAE) 58
AREA GOVERNANCE 61
Accreditamento (AH) 64
Cartelle Cliniche (AM) 65
Liste d'attesa (H) 68
Individuazione di strutture semplici e complesse (AAM) 70
Dispositivi Medici e grandi apparecchiature sanitarie (C.2, C.3, C.6, C.16) 71
Malattie Rare (AAU) 74
Rischio Clinico (AS) 75
Obiettivi Direttori Generali (AAQ) 77
Personale (C.2, C.3, V) 78

Dati Economici (C.1) 80
Contabilità Analitica e Certificabilità del Bilancio (N, AT) 83
Spesa Farmaceutica (C.14, C.15, L) 85
Prestazioni Aggiuntive (Y) 87
Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE (AAD) 88
Interconnessione Sistemi Informativi (AAW) 89
NSG 90
Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica 90
Assistenza Distrettuale 92
Assistenza Ospedaliera 94

PREMESSA

Questo documento, che costituisce Allegato al Questionario LEA, 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.
Le Note per la compilazione, contengono, per i singoli adempimenti, le modalità con le quali le singole Regioni dovranno provvedere a fornire le informazioni richieste.
La documentazione dovrà avere come riferimento fonti ufficiali informative o documentali, che vengono specificate nei singoli adempimenti.

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

Scheda sintesi monitoraggio Area Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Sotto-Area	Direttrice	Ademp.	Items	Descrizione	Compilazione	Monitorabile	Monitorato ai soli fini informativi
Sanità Pubblica	Analisi attività di programmazione	U	U.1	Recepimento Piano nazionale di prevenzione 2020-2025.	Regione	SI	
	Completezza e qualità dei dati	U	Indicatore 1 (U.1.1)	Recepimento l'Intesa SR del 6 agosto 2020 sul PNP 2020-2025, secondo quanto indicato all'Articolo 1 comma 3 dell'Intesa stessa e pianificazione delle attività di prevenzione e promozione della salute nel Progetto relativo all'Obiettivo prioritario PNP della Linea progettuale PNP e Supporto al PNP di cui all'Accordo SR del 31 marzo 2020.	Ministero	SI	
			Indicatore 2 (U.1.2)	Monitoraggio dei dati dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Ministero	SI	
		C.2 - C3	Indicatore 3 (C.2)	Obblighi Informativi Statistici - Completezza: Screening Oncologici	Ministero	SI	
			Indicatore 4 (C.3)	Obblighi Informativi Statistici - Qualità: Screening Oncologici	Ministero	NO	SI
		AAZ	Indicatore 5 (AAZ)	Sistema Anagrafe Vaccini	Ministero	SI	
	Analisi quantitativa	U	Indicatore 1 (U.2.1)	Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	Ministero	NO	SI
			Indicatore 2 (U.2.2)	Identificazione virale (morbillo)	Ministero	NO	SI
			Indicatore 3 (U.3)	Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	Ministero	NO	SI
			Indicatore 4 (U.4)	Unità locali oggetto di intervento ispettivo	Ministero	NO	SI
			Indicatore 5 (U.6)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro la varicella (V)	Ministero	NO	SI
			Indicatore 6 (U.7 - NEW)	Tasso di identificazione di adenoma avanzato sulla popolazione generale	Ministero	NO	SI
Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare	Analisi attività di programmazione	AAJ	AAJ.1.2	Adozione delle misure appropriate a seguito dei risultati del Sistema regionale di audit (*art. 6 comma 1 del Regolamento CE 2017/625*).	Regione	NO	SI
			AAJ.1.3	Attuazione del programma di audit (art. 6 comma 1 del Regolamento CE 2017/625).	Regione	NO	SI
			AAJ.1.4	Verifica dei controlli ufficiali per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari	Regione	NO	SI
	Completezza e qualità dei dati	C.13	C.13	Copertura e qualità dei flussi informativi comunitari e nazionali in tema di sanità veterinaria e alimenti	Ministero	NO	SI
	Analisi quantitativa	AAJ	AAJ.1.1	BRUCELLOSI - Piani di risanamento	Ministero	NO	SI
			AAJ.1.1	Anagrafe Bovina	Ministero	NO	SI
			AAJ.1.1	Controlli sull'alimentazione animale (PNAA)	Ministero	NO	SI
			AAJ.1.1	Encefalopatia spongiforme Bovina	Ministero	NO	SI
			AAJ.1.1	Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE)	Ministero	NO	SI
			AAJ.1.1	OGM	Ministero	NO	SI
			NEW	Registrazione delle qualifiche sanitarie in banca dati nazionale (BDN)	Ministero	NO	SI
			Ex Griglia LEA 5.1	Malattie animali trasmissibili all'uomo - tubercolosi bovina	Ministero	NO	SI
			Ex Griglia LEA 5.2	Malattie animali trasmissibili all'uomo - brucellosi ovicaprina, bovina, bufalina	Ministero	NO	SI
			Ex Griglia LEA 5.3	Anagrafi animali	Ministero	NO	SI

Sotto-Area	Direttrice	Ademp.	Items	Descrizione	Compilazione	Monitorabile	Monitorato ai soli fini informativi
			Ex Griglia LEA 6.1	Contaminanti negli alimenti di origine animale - attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR)	Ministero	NO	SI
			Ex Griglia LEA 6.3	Contaminanti negli alimenti di origine vegetale	Ministero	NO	SI

Sanità Pubblica (U, AAZ, C.2, C.3)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati:

- **Monitorabili**, tutti gli item delle direttrici "**Analisi attività di programmazione**" e "**Completezza e qualità dei dati**" (eccetto l'indicatore 4, monitorato ai soli informativi);
- **Informativi**, tutti gli item della direttrice "**Analisi quantitativa**" e l'indicatore 4 della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

U) PREVENZIONE

U.1) Recepimento, con atto regionale del Piano nazionale di prevenzione 2020-2025 entro il 31 dicembre 2020 (Intesa Stato Regioni Rep. Atti 127/CSR del 6 agosto 2020).

Per l'anno 2020 l'adempimento sarà monitorato sulla base della seguente documentazione:

- Recepimento del PNP 2020-2025 (Intesa Stato Regioni 6 agosto 2020), mediante apposito Atto regionale, entro il 31 dicembre 2020 (allegare Atto di recepimento);
- Presentazione di un progetto in relazione alla Linea progettuale "Piano nazionale della prevenzione e supporto al Piano nazionale della prevenzione – Obiettivo prioritario PNP" di cui all'Accordo Stato Regioni 31 marzo 2020 (allegare Delibera di approvazione e progetto).

Completezza e qualità dei dati

Compilazione a cura del Ministero

N. indicatore	Criterio/indicatore	Peso	Formula	Valore di riferimento	Punteggi
1	U.1.1) a) La Regione recepisce, entro il 31 dicembre 2020, con atto formale l'Intesa SR del 6 agosto 2020 sul PNP 2020-2025, secondo quanto indicato all'Articolo 1 comma 3 dell'Intesa stessa. b) La Regione, nel Progetto relativo all'Obiettivo prioritario PNP della Linea progettuale PNP e Supporto al PNP di cui all'Accordo SR del 31 marzo 2020, pianifica le attività di prevenzione e promozione della salute relative al 2020 in continuità con le progettualità del PRP 2014-2019, in coerenza con le priorità del Patto per la Salute 2019-2021 e in base al format concordato.	32	Rispondenza ai criteri	Entrambe le condizioni soddisfatte	• 32 se tutti i criteri di pianificazione sono stati rispettati; • 0 in caso contrario.
2	U.1.2) Monitoraggio dei dati dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento con i seguenti indicatori: a) un indicatore di copertura a livello regionale che stabilisca il numero minimo di interviste annue da realizzare per regione (modulando tale numero in funzione delle regioni e P.A. mono-asl con un numero ridotto di abitanti come Val d'Aosta e Trento e Bolzano). In riferimento a questo indicatore la determinazione dei punteggi "premianti" da assegnare alle regioni, potrà essere graduata in funzione della partecipazione di tutte le ASL con campioni che garantiscano un numero minimo di interviste annue per avere la rappresentatività aziendale (punteggio massimo) o che raggiungano solo un numero di interviste tale da assicurare il numero minimo a livello regionale senza raggiungere un campione da garantire la rappresentatività aziendale o situazioni miste (alcune ASL partecipano con campioni aziendali e altre con campioni più piccoli) (punteggio medio), fino	5			*Max 5 - Si rimanda alla nota riportata in calce alla tabella*

N. indicatore	Criterio/indicatore	Peso	Formula	Valore di riferimento	Punteggi
	alla situazione in cui una Regione partecipa ma non raggiunge il numero minimo stabilito (punteggio Minimo) o non partecipa affatto (punteggio zero). b) un indicatore di qualità dei dati a livello regionale: Tasso di risposta regionale che non potrà essere inferiore ad una soglia stabilita.				
3	C.2) Obblighi informativi statistici - Completezza – Screening.	42	Conferimento entro il 30.6.2021 dei dati che descrivono l'estensione dei tre programmi organizzati di screening	SI	• 42 se i dati sono stati inviati entro la data prevista; • 0 in caso contrario.
4	C.3) Obblighi informativi statistici - Qualità – Screening.	0			L'indicatore per l'anno 2020 viene considerato informativo.
5	AAZ) Sistema anagrafe nazionali vaccini.	21			• 21 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; • 0 in caso contrario.

Indicatore 2: **Il punteggio totale per ogni regione si compone di diversi punteggi relativi**, di seguito definiti e complessivamente non può superare 5 (peso indicato per questa sezione):

a) **Punteggio relativo per dimensione regionale 5*(6/10)** Le regioni che raggiungono il **minR** (minimo regionale) ottengono 5*(6/10), incrementabile a 5*(7/10) proporzionalmente all'aumentare della numerosità campionaria da +25% fino al +100%; oltre il raddoppio di minR non vi sono incrementi di punteggio, ovvero:
   - Num interviste regionali > minR + 75%*minR → punteggio = 5*(7/10);
   - Num interviste regionali > minR + 50% *minR → punteggio = 5*(6,75/10);
   - Num interviste regionali > minR + 25% *minR → punteggio = 5*(6,25/10);
   - Num interviste regionali ≤ minR + 25%*minR → punteggio = 5*(6/10);
   - Le regioni che non raggiungono il minR sono penalizzate in modo direttamente proporzionale e ottengono punteggi per dimensione regionale inferiori a 5*(6/10).

b) **Punteggio relativo per mancata copertura territoriale -5*(1/10)** Viene assegnato un punteggio negativo qualora non si raggiunga la copertura totale della regione, in modo proporzionale al numero di ASL non partecipanti, sottraendo 5*(1/10) dal punteggio precedente.

c) **Punteggio relativo per rappresentatività aziendale 5*(4/10)** Le regioni con ASL che garantiscono campioni aziendali di almeno XX interviste annue (es. 250 per PASSI) possono ottenere fino a 5*(4/10) aggiuntivi:
   - Num Asl che raggiungono XX > 75% → punteggio relativo = 5*(4/10);
   - Num Asl che raggiungono XX > 50% → punteggio relativo = 5*(3/10);
   - Num Asl che raggiungono XX > 25% → punteggio relativo = 5*(2/10);
   - Num Asl che raggiungono XX ≤ 25% → punteggio = 5*(1/10).

d) **Punteggio relativo per bassa dimensione aziendale -5*(4/10)** Le regioni con ASL che non raggiungono ZZ interviste annue vengono penalizzate fino a – 5*(4/10):

- Num Asl con meno di ZZ > 75% → punteggio relativo = -5*(4/10);
- Num Asl con meno di ZZ > 50% → punteggio relativo = -5*(3/10);
- Num Asl con meno di ZZ > 25% → punteggio relativo = -5*(2/10);
- Num Asl con meno di ZZ ≤ 25% → punteggio = -5*(1/10).

e) **Punteggio per qualità dei dati (tasso di risposta)** Al punteggio finale dato dalla somma algebrica dei punteggi relativi descritti ai punti a) b) c) d) (riportata a 5 per le regioni che abbiano superato tale punteggio) si sottraggono -5*(2/10) qualora il tasso di risposta regionale risulti inferiore al 70%.

Nota

Il **minR** è stabilito in funzione delle regioni per dimensione della popolazione residente per la loro organizzazione in ASL distinguendo:

- Regioni fino a 1 mln di abitanti mono-ASL: Val d'Aosta, Molise, P.A. Trento, P.A. Bolzano;
- Regioni fino a 1 mln di abitanti (con 2 ASL): Basilicata, Umbria;
- Regioni da 1-2 mln di abitanti (con 2+ ASL): Abruzzo, Liguria, Marche, FVG, Sardegna, Calabria;
- Regioni da oltre 2 mln di abitanti: Toscana, Puglia, Campania, Lazio, Emilia-Romagna, Veneto, Sicilia, Piemonte Lombardia.

I valori di **XX** e **ZZ** indicati ai punti c) e d) rispettivamente potranno essere differenziati per i due diversi sistemi di sorveglianza.

Valore di riferimento: ≥ 80%

Analisi quantitativa

Compilazione a cura del Ministero

Ai fini informativi verranno monitorati i seguenti indicatori:

N. indicatore	Indicatore	Peso	Formula	Valore di riferimento	Punteggi
1	U.2.1) Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	22	(Numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato[1]/ (numero di casi sospetti di morbillo) *100	≥ 80%	• 22 se U.2.1) > 80%; • 11 se 65% ≤ U.2.1) <80%; • 0 se U.2.1) < 65%.
2	U.2.2) Identificazione virale (morbillo)	22	(Numero di focolai di morbillo genotipizzati) / (Numero di focolai identificati) x 100	≥ 80%	• 22 se U.2.2) > 80%; • 11 se 65% ≤ U.2.2) <80%; • 0 se U.2.2) < 65%.
3	U.3) Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	17	(Numero dei cancri invasivi screen-detected in Stadio ≥II) / (numero di tutti i cancri screen-detected stadiati) x 100).	<25%	17 se: • U.3) % cancri avanzati <25% • Indicatore NSG P15Cb "Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di I livello in un programma organizzato per mammella" >50%; • % missing (cancri invasivi la cui stadiazione è ignota) <10%. Il punteggio massimo (pari a 17) viene penalizzato nel modo seguente: • **% cancri avanzati:** ▪ <25% penalizzazione = 0; ▪ 25% -30% penalizzazione = 3; ▪ >30% penalizzazione = 8. • **Indicatore NSG P15Cb:** ▪ >50% penalizzazione = 0; ▪ 35% - 50% penalizzazione = 1; ▪ 20% -34 % penalizzazione = 3; ▪ 10%- 19% penalizzazione = 7;

[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.

N. indicatore	Indicatore	Peso	Formula	Valore di riferimento	Punteggi
					▪ <10% penalizzazione = 17. • **% missing** ▪ <10% penalizzazione = 0; ▪ 10% - 20% penalizzazione= 1; ▪ >20% penalizzazione = 3.
4	U.4) Unità locali oggetto di intervento ispettivo	5	(Numero aziende oggetto di ispezioni) / (numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	≥5%	• 5 se U.4) ≥5%; • 0 se U.4) <5%.
5	U.6) Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro la varicella	17	(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	≥95%	• 17 se U.6) ≥95%; • 12 se 85% ≤U.6) <95%; • 7 se 60% ≤U.6) <85%; • 0 se U.6) <60%.
6	U.7) Tasso di identificazione di adenoma avanzato sulla popolazione generale	17	Numero di pazienti che ricevono una diagnosi di adenoma avanzato all'interno del programma di screening/ popolazione target oggetto dell'intervento (la popolazione di riferimento è quella ISTAT).	I possibili punteggi sono:valore massimo ≥ 200 nelle Regioni del Centro-Nord, ≥ 150 nelle Regioni del Sud,minimo valore ≥ 100 nelle Regioni del Centro-Nord, ≥ 75 nelle Regioni del Sud.	• 17 se U.7) ≥ 200 nelle Regioni del Centro Nord e 150 nelle Regioni del Sud. • 12 se U.7) compreso tra 160 e 199 nelle Regioni del Centro Nord e 120 e 149 nelle Regioni del Sud. • 9 se U.7) compreso tra 120 e 159 nelle Regioni del Centro Nord e 90 e 119 nelle Regioni del Sud; • 6 se U.7) compreso tra 80 e 119 nelle Regioni del Centro Nord e 60 e 89 nelle Regioni del Sud; • 3 se U.7) compreso tra 40 e 79 nelle Regioni del Centro Nord e 30 e 59 nelle Regioni del Sud; • 0 per valori inferiori.

Ulteriori indicatori informativi

Id	Indicatore	Formula	Valore di riferimento
7	U.2.3) Tempestività dell'indagine (morbillo)	N. di casi di morbillo notificati che hanno una indagine epidemiologica adeguata^ ≤ 48 ore dalla segnalazione) / (N. casi sospetti di morbillo notificati) X 100	≥ 80%
8	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	
9	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 colorettale di primo livello in un programma organizzato / (popolazione residente 70-74 – esclusi prima dell'invito) /2	

Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare (AAJ, C.13)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **informativi**, tutti gli item delle direttrici "**Analisi attività di programmazione**", "**Completezza e qualità dei dati**" e "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

AAJ) PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

Saranno oggetto di monitoraggio, ai soli fini informativi, 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.

La Regione dovrà fornire le evidenze necessarie al monitoraggio, ai soli fini informativi, per i punti AAJ.1.2, AAJ.1.3 e AAJ.1.4.

AAJ.1.2) Adozione delle misure appropriate a seguito dei risultati del Sistema regionale di audit (art. 6 (1) del Regolamento UE 2017/625)

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 2020 al fine di esplicitare le azioni correttive intraprese a seguito delle risultanze degli audit svolti ai sensi dell'art. 6 (1) del Reg. 2017/625.

Sono valutati positivamente anche i Piani di azioni o comunicazioni di natura equivalente prodotti nel primo trimestre 2021 derivanti dall'esecuzione degli audit svolti nel 2020.

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

AAJ.1.3) Attuazione del programma di audit (art. 6 (1) del Regolamento UE 2017/625).

La Regione dovrà fornire alle Autorità Competenti la documentazione attestante l'attuazione del programma di audit, prevista dall'art. 6 (1) del Reg. 2017/625. 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 2020, il numero delle ASL oggetto di audit e i relativi sistemi di controllo sottoposti ad audit, al fine di poter monitorare, ai soli fini informativi, 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 12, paragrafo 2 e 3 del Reg. 2017/625, 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.). È considerata 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.

Completezza e qualità dei dati

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

Compilazione a cura del Ministero

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio, ai soli fini informativi, della copertura e della qualità dei debiti informativi con l'Unione Europea in tema di sanità veterinaria e alimenti.

Il monitoraggio, ai soli fini informativi, sarà considerato positivamente al raggiungimento di un punteggio ≥ 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.

N° indicatore	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 RENDICONTAZIONI 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 caricate in SIMAN nei tempi previsti*			

N° indicatore	Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2			
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 RENDICONTAZIONI 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 caricate in SANAN nei tempi previsti*			
4	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche; D.lgs. 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 PNAA, 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 punteggio medio è uguale 2
5	**PNAA** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.lgs. 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 PNAA [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]	*non inviato entro la data prevista*	*Inviato entro la data prevista*	conformità dei dati forniti secondo le indicazioni previste dalla nota n. DGVA/X/6057 del 13/02/2006 [vedere annotazione]	*non coerenti*	*coerenti*			
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]	*<100% dei controlli ufficiali effettuati, caricati in BDN entro il 28 febbraio*	*100% dei controlli ufficiali effettuati in ciascuna categoria, caricati in BDN entro il 28 febbraio*	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*			

N° indicatore	Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2			
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]	*non inviato entro la data prevista*	*Inviato entro la data prevista*	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)	*mancata effettuazione, per ciascuna tipologia di macellazione, di almeno 1 controllo ufficiale per il rispetto delle norme sul benessere della macellazione*	*effettuazione, per ciascuna tipologia di macellazione, di almeno 1 controllo ufficiale per il rispetto delle norme sul benessere della macellazione*			
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	*invio non corretto o non completo, o oltre la data prevista*	*invio, corretto e completo, entro la data prevista*	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 1 lett. f dell'accordo Stato Regioni del 24/1/2013)	*aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 30 giorni*	*tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 30 giorni*			VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
10	**FARMACOSORVEGLIANZA**: Attività di ispezione e verifica. Art.88 del D.lgs. 6 aprile 2006, n.193. Nota DGSAF n. 1466 del 26/01/2012 "linee guida per la predisposizione, effettuazione e gestione dei controlli sulla distribuzione e l'impiego dei medicinali veterinari"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013	**4**	Invio, corretto e completo, dei dati di attività di cui all'allegato I entro i tempi previsti [vedere annotazione]	*non inviato entro la data prevista*	*inviato entro la data prevista*	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3, art. 71 comma 3, art. 70 comma 1, artt. 79-80-81-82-84-85 del D.Lg. vo 6 aprile 2006, n. 193 [vedere annotazione]	*Attività comprendente meno del 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*	*Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite*			VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

N° indicatore	Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 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 diposizioni vigenti per i Piani di controllo e sorveglianza salmonelle nel pollame [vedere annotazione]	*non inviato entro la data prevista*	*inviato entro la data prevista*	completezza delle registrazioni inserite in SIS, previste dai piani nazionali per la ricerca di *Salmonelle* nei riproduttori, nelle ovaiole e polli da carne *Gallus gallus*, e nei tacchini da riproduzione e ingrasso [vedere annotazione]	*< 90% delle registrazioni dei campionamenti 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]	*invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento*	*invio corretto e completo entro la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento*	corrispondenza tra il n. 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]	*non corrispondente o non inviati in tempo utile per la trasmissione alla Commissione europea*	*corrispondente e inviati in tempo utile per la trasmissione alla Commissione europea*			
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	*assente o non attuato*	*presente e attuato*	attività di genotipizzazione dei capi prevista dal DM 23/11/2015 e dal piano regionale	*Evidenza di assente o inadeguata attuazione nel sistema BDN/BDNSG*	*Evidenza di adeguata attuazione nel sistema BDN/BDNSG*			
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*			

N° indicatore	Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2			
15	**TRACCIABILITA' DELLA FILIERA DEI SUINI - ANAGRAFE** - d.lgs. 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, d.lgs. 200/2010) per il controllo dell'anagrafe suina [vedere annotazione]	*< dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	*≥ dell'1%dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report*	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*			
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]	*assenza degli allevamenti in BDN o percentuale di controllo <1%*	*presenza degli allevamenti in BDN e percentuale di controllo ≥1%*	criterio di rischio adottato per la scelta degli allevamenti apistici da sottoporre ai controlli	*>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma*	*≤85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma*			
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	*<100% aree classificate e punti di campionamento non validati in SINVSA entro il primo trimestre di ciascun anno*	*100% delle aree classificate e punti di campionamento validati in SINVSA entro il primo trimestre di ciascun anno*	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	*incompleta effettuazione, per ciascuna area, dei campioni e degli accertamenti di laboratorio inseriti in SINVSA e coerenti con i punti di campionamento validati, per E. coli, rispetto ai minimi previsti*	*effettuazione, per ciascuna area, di tutti i campioni e degli accertamenti di laboratorio inseriti in SINVSA e coerenti con i punti di campionamento validati, per E. coli, rispetto ai minimi previsti*			
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) -D.lgs. 30/1/2001 n. 94	3	Invio corretto dei dati relativi ai controlli, conformemente all'allegato 7 del Piano, entro il 31 marzo	*dati non inviati entro la data prevista e/o incompleti*	*dati inviati entro la data prevista e completi*	Rispetto del volume di attività previsto dal Piano Nazionale	*<100% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano*	*≥100% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano*			

N° indicatore	Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2			
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 da parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori [vedere annotazione]	*validazione effettuata oltre la scadenza prevista*	*validazione effettuata entro la scadenza prevista*	corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al "Piano Nazionale OGM negli alimenti" riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione [vedere annotazione]	*< 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione*	*≥ 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione*			
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]	*non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato*	*inviato, debitamente compilato, entro la data prevista*	% 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*			VINCOLANTE: sufficiente se punteggio 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	*Dati non inviati entro la data prevista*	*Dati inviati entro la data prevista*	Rispetto del volume di attività, previsto dal Piano Nazionale, desumibile dalla corretta compilazione dei campi e dell'identificazione 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 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	4	trasmissione dei dati relativi ai campioni entro la data prevista [vedere annotazione]	*invio dei dati oltre il termine*	*invio dei dati entro il termine*	numero di campi, previsti dal sistema informatico "NSIS - Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali [vedere annotazione]	*> 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*			VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

N° indicatore	Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2			
	esecuzione (UE) 2015/595 e s.m.i										
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	*invio dei dati oltre il termine*	*invio dei dati entro il termine*	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	*invio dei dati oltre il termine*	*invio dei dati entro il termine*	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	*meno del 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nell'anno di riferimento è stato basato su un riconoscimento condizionato*	*almeno il 98 % dei riconoscimenti definitivi rilasciati nell'anno di riferimento è stato basato su un riconoscimento condizionato*	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	*meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nell'anno di riferimento sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti,*	*almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nell'anno di riferimento sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti,*			

N° indicatore	Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2			
							come previsto dal Reg. 854/04	*come previsto dal Reg. 854/04*			
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]	*comunicazione inviata oltre il termine*	*comunicazione inviata entro il termine*	compilazione corretta e completa di tutte le voci previste dalla tabella di rilevazione, basata su una attività di audit effettivamente svolta nell'anno precedente [vedere annotazione]	*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*	*tabella inviata in modo corretto e completo e basata su una attività di audit svolta nell'anno precedente*			
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 D.lgs. 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	*non trasmesso entro la data prevista*	*trasmesso entro la data prevista*	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del DM 24/1/2011 [vedere annotazione]	*allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti*	*allegato 3 inviato, corretto e completo*			
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 Regolamenti CE/882/2004 e CE/854/2004" [vedere annotazione]	*non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato*	*inviato, debitamente compilato, entro la data prevista*	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 Regolamenti CE/882/2004 e CE/854/2004"	*< 90% dei campi non compilati*	*> del 90 % dei campi complitati*			
TOTALE		**100**									

NOTE

NB.: nel caso uno dei due criteri non sia monitorabile, ai soli fini informativi, per mancata occorrenza dell'evento da monitorare, si considera unicamente il punteggio dell'altro criterio applicabile. Nel caso in cui entrambe i criteri del flusso non siano monitorabili, 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.
- 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 zooiatrica. 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 Δ9-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.

Analisi Quantitativa

AAJ) PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

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

AAJ.1.1) Indicatori di performance

Compilazione a cura del Ministero

Per il monitoraggio, ai soli fini informativi, vengono utilizzati i criteri di seguito riportati.

N.	Definizione	Valori di riferimento			
		Valore normale 9	**Scostamento minimo 6**	**Scostamento rilevante 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 controllo: - nei focolai, per le regioni ufficialmente indenni; - nei focolai e nelle aziende, per le regioni non ufficialmente indenni; nonché, per entrambe: presenza nel cruscotto SANAN di ≥80% dei controlli sierologici risultanti nel sistema rendicontazioni (SIR) per ciascuna specie. Nel caso in cui risultano inseriti nel cruscotto SANAN <80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore	Rispetto dei tempi di controllo: - nei focolai, per le regioni ufficialmente indenni; - nei focolai e nelle aziende, per le regioni non ufficialmente indenni; nonché, per entrambe: presenza nel cruscotto SANAN di ≥70% dei controlli sierologici risultanti nel sistema rendicontazioni (SIR) per ciascuna specie. Nel caso in cui risultano inseriti nel cruscotto SANAN <70% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore	Rispetto dei tempi di controllo: - nei focolai, per le regioni ufficialmente indenni; - nei focolai e nelle aziende, per le regioni non ufficialmente indenni; nonché, per entrambe: presenza nel cruscotto SANAN di ≥60% dei controlli sierologici risultanti nel sistema rendicontazioni (SIR) per ciascuna specie. Nel caso in cui risultano inseriti nel cruscotto SANAN <60% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore	Mancato rispetto dei tempi di controllo nei focolai, per le regioni ufficialmente indenni; e nei focolai e nelle aziende, per le regioni non ufficialmente indenni; oppure: presenza nel cruscotto SANAN di <60% dei controlli sierologici risultanti nel sistema rendicontazioni (SIR) per una specie.
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 ≤ 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 ≤ 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	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 80% dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	criteri precedenti non soddisfatti
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	almeno il 95% dei campioni minimi previsti	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti	criteri precedenti non soddisfatti

N.	Definizione	Valori di riferimento			
		Valore normale 9	**Scostamento minimo 6**	**Scostamento rilevante 3**	**Scostamento non accettabile 0**
	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	dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	
7	**REGISTRAZIONE DELLE QUALIFICHE SANITARIE IN BANCA DATI NANZIONALE (BDN)** - norme concernente le anagrafi animali per le categorie Bovini, Suini, Ovicaprini, Gallus gallus/Tacchini, Acquacoltura. Statistiche VETINFO	≤2% di allevamenti aperti in almeno 4 delle 5 categorie "Bovini, Suini, Ovicaprini, Gallus gallus/Tacchini, Acquacoltura", senza indicazione di alcuna qualifica sanitaria	≤2% di allevamenti aperti in almeno 3 delle 5 categorie "Bovini, Suini, Ovicaprini, Gallus gallus/Tacchini, Acquacoltura", senza indicazione di alcuna qualifica sanitaria	≤2% di allevamenti aperti in almeno 2 delle 5 categorie "Bovini, Suini, Ovicaprini, Gallus gallus/Tacchini, Acquacoltura", senza indicazione di alcuna qualifica sanitaria	criteri precedenti non soddisfatti
8	**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)	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 rispetto all'anno precedente (nell'ambito di un trend favorevole nel quinquennio) se la prevalenza è >0,2% e < 0.9% - diminuzione del 50% della prevalenza (calcolata sul quinquennio) 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 rispetto all'anno precedente (nell'ambito di un trend favorevole nel quinquennio) se la prevalenza è >0,2% e < 0.9% - diminuzione del 50% della prevalenza (calcolata sul quinquennio) 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
9	**5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO** - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, 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, per l'alimentazione dei cruscotti, <80% dei controlli effettuati rispetto a quelli programmati nel cruscotto SANAN nel primo trimestre dell'anno di riferimento, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore. Nota 3: la % dei controlli si intende riferita ad una programmazione conforme ai criteri prestabiliti in SANAN, basati sulla normativa vigente.	REGIONI UFFICIALMENTE INDENNI 100,00% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di rendicontazione e, per ciascuna di esse, conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni e prevalenza delle aziende <0,2% REGIONI NON UFFICIALMENTE INDENNI 100,00% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di rendicontazione e, per ciascuna di esse, prevalenza delle aziende <0,2%	REGIONI UFFICIALMENTE INDENNI 100,00% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di rendicontazione e prevalenza delle aziende >0.2% per una specie e ≤0,2% per le altre. REGIONI NON UFFICIALMENTE INDENNI 100,00% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di rendicontazione e prevalenza delle aziende ≤0,4% per una specie e ≤0,2% per le altre. Oppure: 100,00% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di rendicontazione e prevalenza ≤0,4% ma con trend in diminuzione calcolato	REGIONI UFFICIALMENTE INDENNI 100,00% di allevamenti controllati ma prevalenza delle aziende >0,2 per due delle 4 specie; Oppure: <100,00% e ≥98% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di rendicontazione e prevalenza delle aziende >0,2% per una specie e ≤0,2% per le altre. REGIONI NON UFFICIALMENTE INDENNI <100,00% e ≥99% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di rendicontazione e prevalenza delle aziende ≤0,4% per una specie e ≤0,2% per le altre. Oppure: <100,00% e ≥99% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di	REGIONI UFFICIALMENTE INDENNI <100,00% e ≥98% di allevamenti controllati e prevalenza delle aziende >0.2% anche solo per una sola specie; Oppure: controlli <98 Oppure: Perdita della qualifica di Regioni ufficialmente indenni anche per una sola specie REGIONI NON UFFICIALMENTE INDENNI < 99% di allevamenti controllati per ciascuna specie; Oppure: <100,00% e ≥99% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di rendicontazione e

N.	Definizione	Valori di riferimento			
		Valore normale 9	**Scostamento minimo 6**	**Scostamento rilevante 3**	**Scostamento non accettabile 0**
			sugli ultimi cinque anni	rendicontazione e prevalenza delle aziende >0,4% ma con trend in diminuzione calcolato sugli ultimi cinque anni.	prevalenza delle aziende > 0,4% e trend in aumento calcolato sugli ultimi cinque anni.
10	**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	≥ 99,7%	98% - 99,6%	95% - 97,9%	< 95%
11	**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	≥ 98%	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%
12	**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	≥ 100% in tutte le categorie previste dal DM	<100% e ≥ 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

AREA DISTRETTUALE

Scheda sintesi monitoraggio Area Distrettuale

Sotto-Area	Direttrice	Ademp.	Items	Descrizione	Compilazione	Monitorabile	Monitorato ai soli fini informativi
Rete Territoriale	Completezza e qualità dei dati	C.2 - C3	C.2 - C3	Obblighi Informativi Statistici - Completezza e Qualità: FLS 11	Ministero	SI	
Assistenza primaria	Analisi attività di programmazione	AAH	AAH.1	Riorganizzazione delle cure primarie secondo quanto previsto dalla normativa vigente: azioni individuate e poste in essere	Regione	NO	SI
	Completezza e qualità dei dati	C.2 - C3	C.2 - C3	Obblighi Informativi Statistici - Completezza e Qualità: FLS12, FLS 21	Ministero	SI	
Assistenza residenziale e semiresidenziale	Analisi attività di programmazione	S	S.1.1	Tipologie di offerta assistenziale extraospedaliera	Regione/Ministero	SI	
			S.1.2	Tipologie di assistenza per le quali i Comuni o gli assistiti sostengono una quota di oneri ed indicare i relativi atti o provvedimenti della Regione	Regione	SI	
	Completezza e qualità dei dati	C.2 - C3	C.2 - C3	Obblighi Informativi Statistici - Completezza e Qualità: STS 24	Ministero	SI	
		C.8	C.8	Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale: NSIS-FAR	Ministero	SI	
	Analisi quantitativa	S	S.2.2.1	Numero di trattamenti socio-sanitari residenziali per 1.000 abitanti, per intensità di cura	Ministero	NO	SI
			S.2.2.2	Numero di trattamenti socio-sanitari semiresidenziali per 1.000 abitanti, per intensità di cura	Ministero	NO	SI
Assistenza domiciliare	Completezza e qualità dei dati	C.7	C.7	Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare: NSIS-SIAD	Ministero	SI	
	Analisi quantitativa	S	S.2.1.1	Numero di prese in carico domiciliari per 1.000 abitanti, per intensità di cura	Ministero	NO	SI
Assistenza ambulatoriale	Completezza e qualità dei dati	C.2 - C3	C.2 - C3	Obblighi Informativi Statistici - Completezza e Qualità: STS 21	Ministero	SI	
		C.5	C.5	Monitoraggio ex post delle prestazioni incluse nel flusso informativo ex articolo 50 della legge 326/2003: monitoraggio flusso TS	Ministero	SI	
Cure palliative e terapia del dolore	Analisi attività di programmazione	AO	AO.1.1	Definizione requisiti minimi delle strutture della Rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore	Regione	NO	SI
	Completezza e qualità dei dati	C.9	C.9	Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli hospice: HOSPICE	Ministero	NO	SI
	Analisi quantitativa	AO	AO.1.2	Verifica del raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi e strutturali per le cure palliative e terapia del dolore	Ministero	NO	SI
			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.	Ministero	NO	SI
Riabilitazione	Completezza e qualità dei dati	C.2 - C3	C.2 - C3	Obblighi Informativi Statistici - Completezza e Qualità: RIA 11	Ministero	SI	
Rete EMUR – 118	Completezza e qualità dei dati	C.12	C.12	Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza in emergenza-urgenza: NSIS-EMUR (118)	Ministero	SI	
Salute Mentale	Completezza e qualità dei dati	C.10	C.10	Sistema Informativo per salute mentale: NSIS- SISM	Ministero	SI	
		AP	AP.1.1	Attivazione dei posti letto in REMS	Ministero	NO	SI

Sotto-Area	Direttrice	Ademp.	Items	Descrizione	Compilazione	Monitorabile	Monitorato ai soli fini informativi
Sanità Penitenziaria	Analisi attività di programmazione		AP.1.2	Definizione della rete dei servizi sanitari penitenziari.	Regione	NO	SI
Dipendenze	Completezza e qualità dei dati	C.11	C.11	Sistema Informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti: NSIS-SIND	Ministero	SI	
Gioco d'azzardo patologico	Analisi attività di programmazione	AAT	AAT.1.1	Istituzione di un Osservatorio regionale e/o gruppi di lavoro specifici per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo	Regione	NO	SI
			AAT.1.3	Tipologia di prestazioni erogate	Regione	NO	SI
	Analisi quantitativa	AAT	AAT.1.2	Numero di pazienti affetti da DGA seguiti presso i Dipartimenti per le dipendenze della Regione e presso Comunità semi-residenziali accreditate al SSN o autorizzate (specificando se accreditata o autorizzata) per struttura	Regione	NO	SI
			AAT.1.4	Numero di operatori sociosanitari formati e la percentuale sul personale totale tramite corsi istituzionali effettuati a livello regionale o a livello nazionale con informazioni sulla tipologia di corso e durata.	Regione	NO	SI
			AAT.1.5	Risorse effettivamente impiegate per le specifiche attività nell'anno 2020.	Regione	NO	SI

Rete Territoriale (C.2, C.3)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verrà considerata **Monitorabile** la direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Fonti Informative	Criteri di copertura	Non sufficiente	Buona
Mod. FLS 11- Dati di struttura e di organizzazione della unità sanitaria locale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	% ASL che hanno inviato il modello FLS11 (quadro F), rispetto al totale delle ASL della Regione	< 100%	100%

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.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Modelli	Criterio di monitoraggio	Non sufficiente	Sufficiente	Buona
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.	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)

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".

Analisi Quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Assistenza Primaria (AAH, C.2, C.3)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati:

- **Informativi**, tutti gli item della direttrice "**Analisi attività di programmazione**";
- **Monitorabili**, tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

AAH) CURE PRIMARIE

AAH.1) L'adempimento si considera monitorato ai soli fini informativi, se la Regione compila le tabelle al punto AAH.1 (presenti nel questionario) 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.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Fonti Informative	Criteri di copertura	Non sufficiente	Buona
FLS 12 - Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	% ASL che hanno inviato il modello FLS12 (quadri E, F), rispetto al totale delle ASL della Regione	< 100%	100%
FLS.21 - Attività di assistenza sanitaria di base (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	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%

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.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Modelli	Criterio di monitoraggio	Non sufficiente	Sufficiente	Buona
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.	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)

Modelli	Criterio di monitoraggio	Non sufficiente	Sufficiente	Buona
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.	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)

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".

I punteggi vengono assegnati attraverso la seguente tabella ed il punteggio pesato è dato dalla sommatoria del prodotto del peso per il punteggio per singolo item.

Adempimento	Fonte Informativa	Peso	Punteggio			Punteggio pesato
			Non sufficiente	Sufficiente	Buona	
C.2	FLS 12 - Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	25%	0	-	1	
C.2	FLS 21 - Attività di assistenza sanitaria di base (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	25%	0	-	1	
C.3	FLS 12 - Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	25%	0	0,5	1	
C.3	FLS 21 - Attività di assistenza sanitaria di base (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	25%	0	0,5	1	

Il valore di riferimento è ≥ 80%.

Analisi Quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Assistenza residenziale e semiresidenziale (S, C.2, C.3, C.8)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati:

- **Monitorabili**, tutti gli item delle direttrici "**Analisi attività di programmazione**" e "**Completezza e qualità dei dati**";
- **Informativi**, tutti gli item della direttrice "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

S) ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

Le Regioni con punteggio inferiore a 4 alla domanda S.1.2 del Questionario 2019 devono fornire risposta al corrispondente quesito riportato nel Questionario 2020, 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.

S.1.1

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

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

- Trattamenti residenziali di lungo-assistenza, recupero e mantenimento funzionale a malati cronici non autosufficienti R3 (a cura del Ministero tramite FAR);
- Trattamenti semiresidenziali di lungo-assistenza, 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 2019)

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

Il monitoraggio 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 il monitoraggio positivo la presenza/assenza delle quote di compartecipazione per almeno 4 delle seguenti tipologie di trattamenti.

- Presenza della quota di compartecipazione per:
  - Trattamenti residenziali di lungo-assistenza, 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.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Fonti Informative	Criteri di copertura	Non sufficiente	Buona
STS 24 - Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza residenziale o semiresidenziale.	< 95%	≥95%

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.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Modelli	Criterio di monitoraggio	Non sufficiente	Sufficiente	Buona
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.	Punteggio Regione <1,90	1,90≤Punteggio Regione <1,96	1,96≤Punteggio Regione ≤ 2

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

Il monitoraggio tiene conto dei dati relativi all'assistenza residenziale e semiresidenziale nel NSIS in termini di disponibilità, completezza relativamente all'anno 2020.

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 di riferimento superiore o uguale a 80%

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 di riferimento regionale compreso tra 80 e 120.

I punteggi vengono assegnati attraverso la seguente tabella ed il punteggio pesato è dato dalla sommatoria del prodotto del peso per il punteggio per singolo item.

Adempimento	Fonte Informativa	Peso	Punteggio			Punteggio pesato
			Non sufficiente	Sufficiente	Buona	
C.2	STS 24 - Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	25%	0	-	1	
C.3	STS 24 - Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	25%	0	0,5	1	
C.8 – Completezza	FAR	25%	0	-	1	
C.8 – Qualità	FAR	25%	0	-	1	

Il valore di riferimento è ≥ 80%.

Analisi Quantitativa

S.2) Cure residenziali: la sezione è compilata dal Ministero attraverso i flussi NSIS.

S.2.2.1) Sono considerate, ai fini informativi, le ammissioni attive aperte al primo gennaio 2020 e quelle aperte nel corso dell'anno.

Il monitoraggio, ai soli fini informativi, prevede l'attribuzione di un punteggio per le Regioni che presentano, nell'anno 2020, 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.

Il monitoraggio, ai soli fini informativi, prevede l'attribuzione di un punteggio in base al posizionamento della Regione rispetto al valore di riferimento in ciascun livello di intensità. Perché la domanda sia considerata positivamente è necessario che la Regione abbia ottenuto in totale almeno **4 punti**.

S.2.2.2) Sono considerate, ai fini informativi, le ammissioni attive nelle due tipologie di strutture (SR1+SR2) aperte al primo gennaio **2020** e quelle aperte nel corso dell'anno.

Il monitoraggio prevede l'attribuzione di **1 punto** per le Regioni che presentano, nell'anno 2020, un valore uguale o superiore a 0,08

Assistenza domiciliare (C.7, S)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati:

- **Monitorabili**, tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**";
- **Informativi**, tutti gli item della direttrice "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

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

Il monitoraggio tiene conto dei dati relativi all'assistenza domiciliare nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2020.

Indicatore di completezza:

Tracciato 1:

1. Asl invianti / Asl attese (*indicatore disponibile nel Dashboard NSIS SIAD*)
   - Valore di riferimento ≥ 95%.
2. Numero record anno corrente/ Numero record anno precedente/ (indicatore disponibile nel Dashboard NSIS SIAD)
   - Valore di riferimento ≥ 80%.

Tracciato 2:

1. Asl invianti / Asl attese (indicatore disponibile nel Dashboard NSIS SIAD)
   - Valore di riferimento ≥ 95%.
2. Numero record anno corrente/ Numero record anno precedente (indicatore disponibile nel Dashboard NSIS SIAD)
   - Valore di riferimento ≥ 80%.

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 di riferimento ≥ 80%.

Analisi Quantitativa

S.2) Cure domiciliari: la sezione è compilata dal Ministero attraverso i flussi NSIS.

S.2.1.1) Sono considerate, ai soli fini informativi, le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2020 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13.

Il monitoraggio, ai soli fini informativi, 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.

Assistenza ambulatoriale (C.2, C.3, C.5)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Fonti Informative	Criteri di copertura	Non sufficiente	Buona
STS 21 - Assistenza specialistica territoriale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	% modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza specialistica territoriale	< 95%	≥95%

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.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Modelli	Criterio di monitoraggio	Non sufficiente	Sufficiente	Buona
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	Punteggio Regione <1,90	1,90≤Punteggio Regione <1,96	1,96≤Punteggio Regione ≤ 2

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

Il monitoraggio viene effettuato 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 di riferimento di copertura per i suddetti campi è ≥ 90%.**

I punteggi vengono assegnati attraverso la seguente tabella ed il punteggio pesato è dato dalla sommatoria del prodotto del peso per il punteggio per singolo item.

Adempimento	Fonte Informativa	Peso	Punteggio			Punteggio pesato
			Non sufficiente	Sufficiente	Buona	
C.2	STS 21 - Assistenza specialistica territoriale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	30%	0	-	1	
C.3	STS 21 - Assistenza specialistica territoriale (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	30%	0	0,5	1	
C.5	Monitoraggio ex post delle prestazioni incluse nel flusso informativo ex articolo 50 della legge 326/2003	40%	0	-	1	

Il valore di riferimento è pari a ≥ 80%.

Analisi Quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Cure palliative e terapia del dolore (AO, C.9)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **informativi**, tutti gli item delle direttrici "**Analisi attività di programmazione**", "**Completezza e qualità dei dati**" e "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

AO) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

Le Regioni valutate adempienti con impegno nel 2019, in relazione agli indicatori di cui alla tabella del punto AO.1.4 del Questionario 2019, devono fornire risposte sul raggiungimento degli indicatori qualitativi e quantitativi, di cui al punto AO.1.2 del Questionario 2019.

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.

Tale monitoraggio viene effettuato ai soli fini informativi.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

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

Il monitoraggio, ai soli fini informativi, 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 2020.

Indicatore di completezza

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

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

Indicatore di qualità

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

Analisi Quantitativa

Compilazione a cura del Ministero

AO.1.2) Ai fini informativi verranno monitorati i seguenti aspetti sulla base delle informazioni ricavate dai flussi STS 24, SDO, SIAD e Hospice.

Indicatore n. 1
Numero posti letto in hospice su numero deceduti per causa di tumore.
Indicatore n. 2
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).
Indicatore n. 3
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.
Indicatore 4
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 5
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, ai soli fini informativi, secondo la seguente formula:

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

Riabilitazione (C.2, C.3)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Fonti Informative	Criteri di copertura	Non sufficiente	Buona
RIA.11 - Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78 (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	% 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%

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.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Modelli	Criterio di monitoraggio	Non sufficiente	Sufficiente	Buona
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.	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)

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".

Analisi Quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Rete EMUR – 118 (C.12)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

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

Il monitoraggio tiene conto dei dati relativi all'emergenza-urgenza presenti nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2020.

EMUR 118

Livello analisi: Regione

Indicatore di completezza

1. CO invianti / CO attese
    - Valore di riferimento ≥95%.
2. N. di interventi effettuati dal 118 anno 2020 ≥ N. di interventi effettuati dal 118 anno 2019
    - Valore di riferimento ≥ 90.

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 di riferimento regionale compreso tra 90 e 100.

Analisi Quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Salute Mentale (C.10)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

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

Il monitoraggio tiene conto dei dati relativi all'assistenza per la salute mentale nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2020.

Livello di analisi: Regione

Indicatore di completezza

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

- Valore di riferimento ≥95%.

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 ≥80%.

Analisi Quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Sanità Penitenziaria (AP)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Informativi**, tutti gli item della direttrice "A**nalisi attività di programmazione**".

Analisi attività di programmazione

AP) SANITA' PENITENZIARIA

AP.1.1) Verrà monitorato, ai soli fini informativi, il seguente indicatore:

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

AP.1.2) Ai soli fini informativi:

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

Completezza e qualità dei dati

Non è presente alcun Adempimento.

Analisi Quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Dipendenze (C.11)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati Monitorabili, tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

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

Il monitoraggio tiene conto dei dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2020.

Livello di analisi: Regione

Indicatore di completezza

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

- Valore di riferimento ≥95%.

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 ≥80%.

Analisi Quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Gioco d'Azzardo Patologico (AAT)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Informativi**, tutti gli item delle direttrici "**Analisi attività di programmazione**" e "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

AAT) GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)

Per il monitoraggio, ai soli fini informativi, 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.

Completezza e qualità dei dati

Non è presente alcun Adempimento.

Analisi Quantitativa

AAT) GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)

Ai soli fini informativi, la Regione verrà monitorata sulla base di quanto relazionato ai punti AAT.1.2, 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.

AREA OSPEDALIERA

Scheda sintesi monitoraggio Area Ospedaliera

Sotto-Area	Direttrice	Ademp.	Items	Descrizione	Compilazione	Monitorabile	Monitorato ai soli fini informativi?
Rete Ospedaliera – Posti Letto e ricoveri	Analisi attività di programmazione	F	F.2.1	Adozione del Piano di riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera ai fini dell'adeguamento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi di cui al DM 70/2015	Regione	NO	SI
			F.2.2	Monitoraggio dello stato di implementazione: valutazione a cura del Tavolo tecnico di cui al Decreto 2 aprile 2015, n. 70.	Ministero	NO	SI
	Completezza e qualità dei dati	C.2 - C3	C.2 - C3	Obblighi Informativi Statistici - Completezza e Qualità: HSP 11/12, HSP 11/13, HSP 24, Dati SDO	Ministero	SI	
	Analisi quantitativa	F	F.1.1	Verifica Posti Letto Regionali (Acuti, Riabilitazione e Lungodegenza)	Ministero	*Sospeso*	
			F.1.2	Verifica Posti Letto Residenzialità	Regione/Ministero	NO	SI
Rete EMUR – PS	Completezza e qualità dei dati	C.12	C.12	Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza in emergenza-urgenza: NSIS-EMUR (PS)	Ministero	SI	
Rete dei punti Nascita	Analisi attività di programmazione	AAF	AAF.1.1	Riorganizzazione dei Punti nascita regionali ai sensi dell'Accordo del 16 dicembre 2010 e del DM 70/2015.	Ministero	NO	SI
			AAF.2	Conferma, qualora fossero attivi Punti Nascita con volumi < 500 parti/anno, sull'avvenuta richiesta di parere su una o più deroghe al Comitato Percorso Nascita nazionale.	Regione	SI	
			AAF.2.1	Verifica della chiusura del punto nascita nel caso in cui il parere del CPN nazionale sia stato sfavorevole alla deroga.	Regione	NO	SI
	Completezza e qualità dei dati	C.2 - C3	C.2 - C3	Obblighi Informativi Statistici - Completezza e Qualità: CEDAP	Ministero	SI	
	Analisi quantitativa	AAF	AAF.3	Dati relativi alla percentuale di "Late Preterm" nei PN di I e II livello	Ministero	NO	SI
Rete dei centri di senologia	Analisi attività di programmazione	AAV	AAV.1	Monitoraggio dei volumi di attività delle strutture della rete di senologia ai sensi del DM 70/2015	Regione	SI	
			AAV.1.1	Dettaglio per ciascun centro di senologia dei volumi di attività	Regione	SI	
			AAV.2	Dettaglio per ciascun centro di senologia del numero di professionalità disponibili, o comunque funzionalmente collegate.	Regione	SI	
			AAV.4	Presenza di un percorso diagnostico-terapeutico specifico per le donne ad alto rischio e con mutazione genetica (rischio eredo-familiare)	Regione	SI	
			AAV.5	Previsione di iniziative informative rivolte all'utenza allo scopo di assicurare una corretta informazione sui Centri eroganti i servizi e le modalità di accesso	Regione	SI	
			AAV.6	Previsione di soluzioni informatiche e specifico personale per la raccolta sistematica dei dati ed il monitoraggio dei Centri di senologia attraverso database al fine di supportarne l'attività clinica e scientifica	Regione	SI	
	Analisi quantitativa	AAV	AAV.7	Analisi del numero di strutture che effettuano meno di 135 primi	Ministero	SI	

Sotto-Area	Direttrice	Ademp.	Items	Descrizione	Compilazione	Monitorabile	Monitorato ai soli fini informativi?
				interventi su tumori della mammella incidenti			
			AAV.3	Numero di pazienti trattati chirurgicamente sulla base della provenienza: se da screening ASL gratuito di popolazione attiva, o da altra provenienza, per ciascun Centro regionale di Senologia	Regione	SI	
Rete Laboratoristica	Analisi attività di programmazione	AK	AK.1	Approvazione/aggiornato del Piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio	Regione	SI	
	Analisi quantitativa	AK	AK.2	n° laboratori per tipologia HUB/SPOKE	Regione	SI	
Rete Trasfusionale	Completezza e qualità dei dati	AAE	AAE.1	Trasmissione dei dati annuali di attività trasfusionali necessari per la predisposizione del Programma annuale di autosufficienza, attraverso il Sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA)	Ministero	NO	SI
	Analisi quantitativa	AAE	AAE.1.1	Variazione percentuale tra quanto rilevato nell'anno e quanto dichiarato nel programma annuale di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti relativamente alla produzione e al consumo di globuli rossi	Ministero	NO	SI
			AAE.2 (ex AAE.3)	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	Ministero	NO	SI
			AAE.3 (ex AAE.4)	Valutazione la differenza tra la percentuale dei donatori periodici sul totale dei donatori regionali dell'anno di rilevazione e la percentuale nazionale dei donatori periodici dell'anno precedente	Ministero	NO	SI

Rete Ospedaliera – Posti Letto e ricoveri (F, C.2, C.3)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati:

- **Monitorabili**, tutti gli item delle direttrici "**Completezza e qualità dei dati**";
- **Informativi**, tutti gli item delle direttrici "**Analisi attività di programmazione"** e "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

F) ASSISTENZA OSPEDALIERA

F.2.1) La Regione, ai fini informativi, 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.

F.2.2) Il monitoraggio, ai soli fini informativi, dello stato di implementazione della rete ospedaliera è a cura del Tavolo tecnico di cui al Decreto 2 aprile 2015, n. 70.

Compilazione a cura del Ministero

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.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Fonti Informative	Criteri di copertura	Non sufficiente	Buona
HSP11/12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	% 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.)	% modelli HPS.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	< 99%	≥ 99%
HSP 24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	% 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	Media pesata di % copertura istituti (peso = 0.75) e % coerenza SDO-HSP (peso = 0.25) $x = 0{,}75 * \frac{istituti\ rilevati}{istituti\ censiti} * 100 + 0{,}25 * \left(1 - \frac{SDO\ con\ istituto\ errato}{totale\ SDO}\right) * 100$	< 98%	≥ 98%

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.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Modelli	Criterio di monitoraggio	Non sufficiente	Sufficiente	Buona
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.	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.	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)
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.	Punteggio Regione <1,80	Non applicabile.	Punteggio Regione ≥1,80
DATI SDO	Media pesata principali errori riscontrati sul totale schede inviate $x = \frac{\sum \alpha_i * E_i}{Totale\ SDO}$ Dove E_i = numero schede SDO con - 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	> 1,2	< =1,2	≤ 0,5

Modelli	Criterio di monitoraggio	Non sufficiente	Sufficiente	Buona
	- Errore Intervento secondario - Errore Data intervento secondario - Errore Ora intervento secondario - Errore Identificativo chirurgo intervento secondario - Errore Progressivo scheda della puerpera ed $\alpha_i = 1$ (pesatura uniforme) NB: poiché una scheda SDO può avere più di un errore, questo indicatore può assumere anche valori maggiori di uno			

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".

I punteggi vengono assegnati attraverso la seguente tabella ed il punteggio pesato è dato dalla sommatoria del prodotto del peso per il punteggio per singolo item.

Adempimento	Fonte Informativa	Peso	Punteggio			Punteggio pesato
			Non sufficiente	Sufficiente	Buona	
C.2	HSP11/12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	10%	0	-	1	
C.2	HSP11/13 - Posti letto per disciplina delle case di cura private (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	10%	0	-	1	
C.2	HSP 24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	5%	0	-	1	
C.2	DATI SDO	25%	0	-	1	
C.3	HSP11/12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	10%	0	0,5	1	
C.3	HSP11/13 - Posti letto per disciplina delle case di cura private (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	10%	0	0,5	1	
C.3	HSP 24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	5%	0	0,5	1	
C.3	DATI SDO	25%	0	0,5	1	

La soglia di riferimento è ≥ 80%.

Analisi quantitativa

F) ASSISTENZA OSPEDALIERA

F.1.1) *Monitoraggio dell'offerta di posti letto regionali è sospeso per l'anno 2020*

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, ai soli fini informativi, 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.l. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN ≥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.l. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN <tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (**A2**)	
P.l. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN ≥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 ≤ (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 5 "Assistenza malati terminali")
P.l. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN ≥tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie territoriali per la salute mentale (**C**)	Deve risultare < = (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 1 "Assistenza psichiatrica")
P.l. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN ≥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 ≤ [(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.l. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN ≥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.	

Rete EMUR – PS (C.12)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

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

Il monitoraggio tiene conto dei dati relativi all'emergenza-urgenza presenti nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e qualità relativamente all'anno 2020.

EMUR PS

Livello analisi: Regione

Indicatore di completezza

1. Strutture invianti / strutture attese (*indicatore disponibile nel DSS NSIS EMUR PS*)
    a. Valore di riferimento ≥95.
2. Numero record anno corrente/ Numero record anno precedente/ (*indicatore disponibile nel DSS NSIS EMUR-PS*):
    a. Valore regionale superiore o uguale a 80% .

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 di riferimento compreso tra 90 e 100

Analisi quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Rete dei punti Nascita (AAF, C.2, C.3)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati:

- **Monitorabili**, gli item AAF.2 della direttrice "**Analisi attività di programmazione**" e tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**";
- **Informativi**, gli item AAF.1.1 e AAF.2.1 della direttrice "**Analisi attività di programmazione**", e tutti gli item della direttrice "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

AAF) PERCORSO NASCITA

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

Ai soli fini informativi si monitorerà 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 ospedaliero 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 monitorerà 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, ai soli fini informativi, 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.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Fonti Informative	Criteri di copertura	Non sufficiente	Buona
Rilevazione CEDAP	% 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). $1 - \left(\frac{\sum_i^n D_i}{\sum_i^n Parti_{SDO_i}}\right)$ dove, $D_i = (\lvert Parti_{SDO_i} - Parti_{CEDAP_i}\rvert - 0{,}01 \times Parti_{SDO_i})$, se $\lvert Parti_{SDO_i} - Parti_{CEDAP_i}\rvert > (0{,}01 \times Parti_{SDO_i})$ $D_i = 0, se \lvert Parti_{SDO_i} - Parti_{CEDAP_i}\rvert \leq (0{,}01 \times Parti_{SDO_i})$	< 95% o (95-98)% senza miglioramento	> 98% o (95-98)% con miglioramento

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.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Modelli	Criterio di monitoraggio	Non sufficiente	Sufficiente	Buona
CEDAP	Percentuale di schede parto che presentano dati validi per tutte le seguenti variabili: 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 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. 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: $0{,}7 \cdot \text{subindicat ore A)} + 0{,}3 \cdot \text{subindicat ore B)}$ 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).	< 85%	≥ 85% e < 95%	≥ 95%

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".

Analisi quantitativa

AAF) PERCORSO NASCITA

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 artificiose 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")

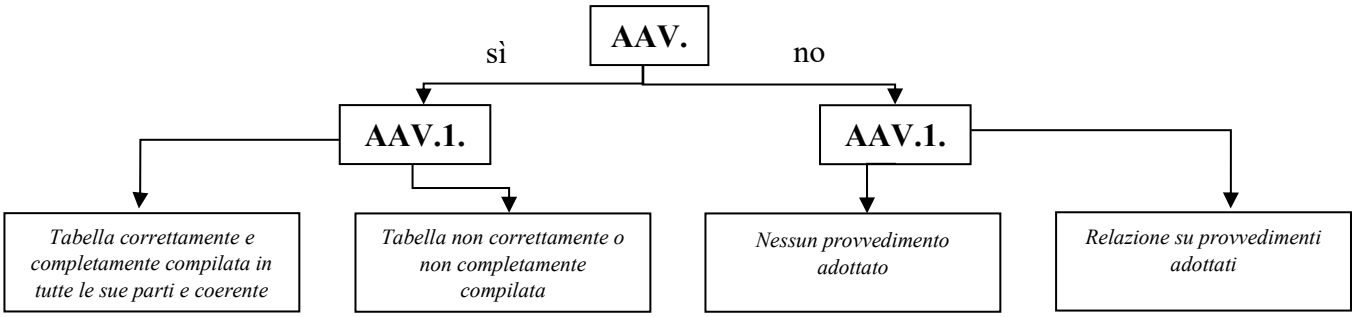
L'adempimento ha valore unicamente informativo.

Rete dei centri di senologia (AAV)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, tutti gli item delle direttrici "**Analisi attività di programmazione**" e "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

AAV) RETE DEI CENTRI DI SENOLOGIA
Il monitoraggio dell'adempimento verrà effettuato sulla base dei punti AAV.1, AAV.1.1.



AAV.1) In caso di risposta affermativa, indicare le strutture che ancora non raggiungono la soglia minima prevista e relazionare circa le attività poste in essere per la riduzione della dispersione dei casi e compilare la tabella al punto AAV 1.1. In caso di risposta negativa al punto AAV.1, relazionare in merito alle azioni intraprese per garantirne la realizzazione.

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.2) Per ciascun Centro di Senologia, riportare nella prima tabella il numero di professionalità disponibili, o comunque funzionalmente collegate e nella seconda tabella il numero di professionalità disponibili in qualità di servizi di supporto.

AAV.4) In caso di risposta affermativa specificare in quali Centri di cui al punto AAV.1.1 viene effettuato il servizio e relazionare in merito.

AAV.5) In caso di risposta affermativa relazionare in merito alle iniziative adottate.

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.

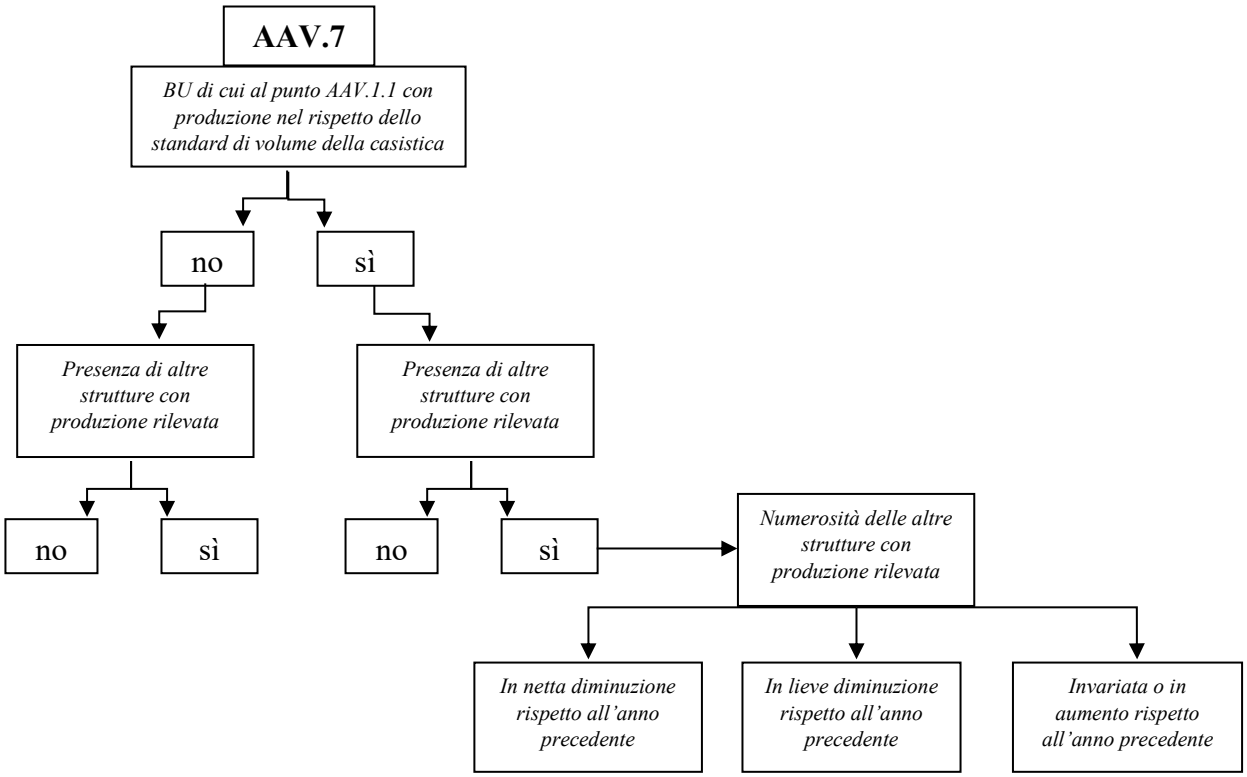
Completezza e qualità dei dati

Non è presente alcun Adempimento.

Analisi quantitativa

AAV) RETE DEI CENTRI DI SENOLOGIA

Il monitoraggio dell'adempimento verrà effettuato sulla base del punto AAV.7.



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"*

AAV.3) Specificare nella tabella il numero di pazienti trattati chirurgicamente sulla base della provenienza: se da screening ASL gratuito di popolazione attiva, o da altra provenienza.

Rete Laboratoristica (AK)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, tutti gli item delle direttrici "**Analisi attività di programmazione**" e "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

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

AK.1) 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.

Completezza e qualità dei dati

Non è presente alcun Adempimento.

Analisi quantitativa

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

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. È 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.

Rete Trasfusionale (AAE)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Informativi**, tutti gli item delle direttrici "**Completezza e qualità dei dati**" e "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

AAE) ATTIVITÀ TRASFUSIONALE

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 monitorare, ai soli fini informativi, 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.

Analisi quantitativa

AAE) ATTIVITÀ TRASFUSIONALE

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2019.

AAE.1.1) Ai soli fini informativi verranno monitorati i seguenti indicatori:

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.

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

AAE.2) 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.

Verrà monitorato ai soli fini informativi il seguente indicatore:

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.

Qualora eccezionalmente si verifichi uno scostamento maggiore del -5% è necessario fornire motivazione delle cause.

AAE. 3) 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.

Verrà monitorato ai soli fini informativi il seguente indicatore:

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

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.

AREA GOVERNANCE

Scheda sintesi monitoraggio Area Governance

Sotto-Area	Direttrice	Ademp.	Items	Descrizione	Compilazione	Monitorabile	Monitorato ai soli fini informativi?
Accreditamento	Analisi Quali/ Quantitativa	AH	AH.1	Funzionamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante	Regione	SI	
			AH.2	Individuazione soggetti valutatori e personale che opera nell'Organismo Tecnicamente Accreditante	Regione	SI	
			AH.3	Numero delle verifiche effettuate dall'Organismo Tecnicamente Accreditante presso le strutture sanitarie e sociosanitarie	Regione	NO	SI
			AH.4	Criteri/requisiti/evidenze del Disciplinare tecnico per l'accreditamento	Regione	SI	
			AH.5 (NEW)	Numero di strutture verificate utilizzando i manuali o i provvedimenti normativi integrati con le indicazioni del Disciplinare tecnico per l'accreditamento	Regione	NO	SI
			AH.6 (EX AH.5)	Procedure di accreditamento relative alle strutture private.	Regione	NO	SI
			AH.7 (EX AH.6)	Procedure di accreditamento relative alle strutture pubbliche	Regione	NO	SI
Cartelle Cliniche	Analisi Quali/ Quantitativa	AM	AM.1	Controlli analitici casuali annuali di almeno il 10% delle cartelle cliniche	Regione	NO	SI
			AM.2	Controlli effettuati sulla totalità delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni	Regione	NO	SI
Liste di attesa	Analisi Quali/ Quantitativa	H	H.1	Monitoraggio ex post delle prestazioni incluse nel flusso informativo ex articolo 50 della Legge 326/2003.	Ministero	NO	SI
			H.2	Monitoraggio ex ante così come definito dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (PNGLA).	Ministero	NO	SI
			H.3	Monitoraggio delle attività di ricovero	Ministero	NO	SI
Individuazione di strutture semplici e complesse	Analisi Quali/ Quantitativa	AAM	AAM.1	Numero delle strutture semplici e complesse assegnate e previste	Ministero	NO	SI
Dispositivi Medici e grandi apparecchiature sanitarie	Analisi Quali/ Quantitativa	C.2 - C3	C.2 - C3	Obblighi Informativi Statistici - Completezza e Qualità: HSP 14, STS 14	Ministero	SI	
		C.6	C.6	Dispositivi Medici: verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici acquistati direttamente dal SSN.	Ministero	SI	
		C.16	C.16	Monitoraggio grandi apparecchiature sanitarie: monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate.	Ministero	SI	
Malattie Rare	Analisi Quali/ Quantitativa	AAU	AAU.1	Invio dei dati al RNMR – Tempestività	Ministero	SI	
			AAU.2	Invio dei dati al RNMR – Completezza	Ministero	SI	
Rischio Clinico	Analisi Quali/ Quantitativa	AS	AS.1.1	Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali	Regione	SI	
			AS.2.1	Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici	Regione	SI	

Sotto-Area	Direttrice	Ademp.	Items	Descrizione	Compilazione	Monitorabile	Monitorato ai soli fini informativi?
			AS.3	Monitoraggio dell'adozione della check list in Sala operatoria.	Ministero	SI	
			AS.4	Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES, Compilazione delle schede A e B degli eventi sentinella.	Ministero	SI	
Obiettivi Direttori Generali	Analisi Quali/ Quantitativa	AAQ	AAQ.1	Valutazione da parte del Ministero delle informazioni trasmesse dalle Regioni in merito agli obiettivi dei Direttori Generali.	Regione	NO	SI
Personale	Analisi Quali/ Quantitativa	C.2 - C3	C.2 - C3	Obblighi Informativi Statistici - Completezza e Qualità: Tab 1 C.bis	Ministero	SI	
		V	V	Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario	Regione	SI	
Dati Economici	Analisi Quali/ Quantitativa	C.1	C.1	Obblighi Informativi Economici: SP, CE, CP e LA	Ministero	SI	
Contabilità Analitica e Certificabilità del Bilancio	Analisi Quali/ Quantitativa	N	N.1	Tabella "Verifica e monitoraggio stato d'implementazione Co.An."	Regione	SI	
			N.2	Il sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità è stabilito a livello regionale oppure ogni azienda può adottare autonomamente un proprio sistema di contabilità analitica?	Regione	SI	
			N.3	Nel caso in cui si adotti un sistema di contabilità analitica stabilito dalla Regione ed uniforme in tutte le aziende, esiste un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati a livello regionale?	Regione	SI	
		AT	AT.1	La Regione ha trasmesso la relazione di cui al punto 3 dell'allegato B del D.M. "Percorso attuativo di certificabilità"?	Regione	SI	
			AT.2	La Regione ha rispettato la tempistica di trasmissione della relazione periodica di accompagnamento al PAC di cui all'allegato B del D.M. "Percorso attuativo di certificabilità"?	Regione	SI	
			AT.3	La Regione ha rispettato il cronoprogramma previsto dai PAC?	Regione	SI	
			AT.4	La Regione ha provveduto a riprogrammare il piano di lavoro?	Regione	SI	
Spesa Farmaceutica	Analisi Quali/ Quantitativa	C.14 - C.15	C.14- C.15	Flussi Informativi relativi alla farmaceutica: monitoraggio dei dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci, ai consumi ospedalieri di medicinali, alla tracciabilità del farmaco presenti nel NSIS per l'anno 2019, secondo determinate modalità e tempistiche	Ministero	SI	
		L	L.1.1.	Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica e dei tetti stabiliti dalla L.135/2012 e successivamente modificati dalla L. 232/2016	Ministero	SI	
			L.1.2.	Allocazione delle risorse per l'assistenza farmaceutica regionale	Ministero	SI	
Prestazioni Aggiuntive	Analisi Quali/ Quantitativa	Y	Y.1	Indicare le prestazioni garantite dal SSR quali livelli aggiuntivi a carico dei bilanci regionali	Regione/Ministero	SI	
Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE	Analisi Quali/ Quantitativa	AAD	AAD	Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): Verifica dello stato di realizzazione dei sistemi di FSE regionali in coerenza con quanto previsto dal DPCM n. 178 del 29.09.2015 e dell'art. 1, comma 382, della legge 232/2016 (Legge di Bilancio 2017) di modifica dell'Art. 12 del decreto legge n. 179/2012, nonché dal DM 4 agosto 2017 attuativo del medesimo articolo 12 del decreto legge n. 179/2012	Regione/Ministero	SI	

Sotto-Area	Direttrice	Ademp.	Items	Descrizione	Compilazione	Monitorabile	Monitorato ai soli fini informativi?
Interconnessione Sistemi Informativi	Analisi Quali/ Quantitativa	AAW	AAW	Interconnessione a livello Nazionale dei Sistemi Informativi su base individuale del SSN	Ministero	SI	

Accreditamento (AH)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati:

- **Monitorabili**, gli item AH.1, AH.2, AH.4;
- **Informativi**, gli item AH.3, AH.5, AH.6, AH.7.

Analisi Quali/Quantitativa

AH) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

L'adempimento si considera superato se la Regione:

- risponde affermativamente alle domande ai punti AH.1, AH.2, AH.4;
- indica al punto AH.3 l'effettuazione di almeno una verifica nell'anno 2020 da parte dell'OTA nelle strutture sanitarie e sociosanitarie (fini informativi);
- riporta al punto AH.5 l'indicazione della verifica di almeno una struttura nell'anno 2020 effettuata utilizzando i manuali o i provvedimenti normativi integrati con le indicazioni del Disciplinare tecnico per l'accreditamento (fini informativi);
- compila la tabella al punto AH.6 riferita alle strutture private, riportando, per ogni tipologia, una percentuale di strutture accreditate pari al 100% (fini informativi).

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.7, a carattere informativo, 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 riportate 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	

Cartelle Cliniche (AM)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **informativi**, gli item AM.1 e AM.2.

Analisi Quali/Quantitativa

AM) CONTROLLO CARTELLE CLINICHE

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. **Allegato Excel "*Cartelle Cliniche (AM)_ Tabelle*".**

Tabella 1 - Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art. 79 comma 1 septies Legge 133 del 6.08.2008) - Anno di verifica 2020

Erogatore[a]		Controlli Cartelle Cliniche			Risultati[b]		Misure adottate[b]		
Codice SIS[c]	Denominazione struttura erogante	Num CC tot	Num CC controllate	% CC controllate	Num. CC non confermate[d]	% CC non confermate sul totale delle CC controllate	Effetti economici		Altro[g]
							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)

Tabella 2 - Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM 10/12/2009 – Anno di verifica 2020

Erogatore[a]		Prestazioni ad alto rischio inappropriatezza (identificate dalla Regione in riferimento a quanto previsto dall'art. 2 del D.M. del 10.12.2009)															
		Ricoveri DH medici a carattere diagnostico*		Parti Cesarei^		Prestazione …		Prestazione…		Totale complessivo							
										Risultati					Misure adottate		
Codice SIS[b]	Denominazione struttura erogante	Num CC tot	Num CC non confermate[c]	Num CC tot	Num CC non confermate[c]	Num CC tot	Num CC non confermate[c]	Num CC tot	Num CC non confermate[c]	Σ Num CC tot [d]	Num CC totale struttura erogatrice [e]	% CC prestazioni inappropriate [f]	Σ Num CC non confermate [g]	% CC non confermate sul totale delle CC controllate [h]	Abbattimenti tariffari[i]	% sul Budget[l]	Altro [m]
Totale																	

Note:

CC = cartelle cliniche

Prestazione…= per ogni prestazione ad alto rischio di inappropriatezza 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 inappropriatezza 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 stabiliti dalla Regione. - Allegare documentazione riguardo la definizione dei criteri suddetti

(d) Somma del numero cartelle cliniche (∑ 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 (∑ Num CC non confermate) delle prestazioni ad alto rischio inappropriatezza

(h) = (g)/(d)

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

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

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

Liste d'attesa (H)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **informativi**, gli item H.1, H.2, H.3.

Analisi Quali/Quantitativa

H.1 Monitoraggio ex post delle prestazioni incluse nel flusso informativo ex articolo 50 della Legge 326/2003.

H.1.1) Si procederà al monitoraggio dei dati forniti dal competente Ufficio del Ministero.

Il monitoraggio, ai soli fini informativi, viene effettuato:

- 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 di riferimento per ognuna delle 8 prestazioni previste per il 2020 è ≥ 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, ai soli fini informativi, 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, cosi 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.

H.2 Monitoraggio ex ante

Si procederà al monitoraggio, ai soli fini informativi, dei dati pervenuti al Ministero della salute (Ufficio III DG Programmazione sanitaria). Il monitoraggio del mese di Aprile 2020 è annullato, mentre quelli dei mesi di luglio e ottobre 2020 potranno considerarsi solo ai fini informativi.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Il Monitoraggio, ai soli fini informativi, riguarda i tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili con classe di priorità A, indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali.

Tale Monitoraggio, ai **soli fini informativi**, sarà effettuato attraverso la misurazione dell'indicatore: "Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii."

Valore di riferimento: percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" (entro 30 giorni) ≥ III quartile della distribuzione registrata nell'anno 2016.

Individuazione di strutture semplici e complesse (AAM)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verrà considerato **informativo** l'item AAM.1.

Analisi Quali/Quantitativa

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

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 monitorata attraverso controlli automatici del sistema NSIS, che monitora 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).

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.

Dispositivi Medici e grandi apparecchiature sanitarie (C.2, C.3, C.6, C.16)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, gli item C.2, C.3, C.6, C.16.

Analisi Quali/Quantitativa

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Fonti Informative	Criteri di copertura	Non sufficiente	Buona
HSP.14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	% modelli HSP14 inviati rispetto alle strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e private che hanno segnalato la presenza di apparecchiature	< 95%	≥95%
STS.14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere	% modelli STS14 inviati rispetto alle strutture in STS.11 che hanno segnalato la presenza di apparecchiature	< 95%	≥95%

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.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Modelli	Criterio di monitoraggio	Non sufficiente	Sufficiente	Buona
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.	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 10% 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)
STS.14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere	Ad ogni struttura sanitaria extraospedaliera è attribuito un punteggio (0, 1, 2) in relazione all'esito dei processi di controllo qualità eseguiti da parte del Ministero, e ai riscontri ricevuti da parte dei referenti regionali ed aziendali. Il punteggio della Regione viene calcolato come media dei punteggi attribuiti a ciascuna struttura sanitaria extraospedaliera della Regione.	Punteggio Regione <1,3 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)

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.6) DISPOSITIVI MEDICI

Il monitoraggio tiene conto, per il periodo gennaio-dicembre 2020, dei dati relativi al consumo e alla spesa dei dispositivi medici presenti nel flusso NSIS, dei dati relativi al flusso contratti dispositivi medici e 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 ottiene un punteggio "buono" se:

- le trasmissioni dei dati relativi al consumo e alla spesa dei dispositivi medici presenti nel flusso NSIS consumi dispositivi medici 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 consumi dispositivi medici 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)[2].
- La percentuale di numeri di repertorio, presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti con riferimento ai contratti attivi per l'anno 2020 , è migliorata rispetto ai dati consolidati 2019. In particolare, se si verifica una delle seguenti condizioni:
    - le regioni che nel 2019 hanno una percentuale maggiore o uguale al 70%, continuano ad avere una percentuale maggiore o uguale al 70% anche per l'anno 2020;
    - le regioni che nel 2019 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 2019 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.

C.16) MONITORAGGIO GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE

La Regione ottiene un punteggio "buono" 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 31.12.2020 da parte:

- delle strutture pubbliche
- delle strutture private accreditate
- delle strutture di ricovero e cura private non accreditate[3]

Per le ulteriori apparecchiature individuate (Angiografi e Mammografi) ha curato la rilevazione delle apparecchiature in uso alla data del 31.12.2020 da parte:

[2] Ufficio competente: Ufficio 4 DGSISS e Ufficio 4 DGPROG

[3] 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.).

- delle strutture pubbliche
- delle strutture private accreditate
- delle strutture di ricovero e cura private non accreditate[4].

I punteggi vengono assegnati attraverso la seguente tabella ed il punteggio pesato è dato dalla sommatoria del prodotto del peso per il punteggio per singolo item.

Adempimento	Fonte Informativa	Peso	Punteggio			Punteggio pesato
			Non sufficiente	Sufficiente	Buona	
C.2	HSP14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	12,5%	0	-	1	
C.2	STS 14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	12,5%	0	-	1	
C.3	HSP14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	12,5%	0	0,5	1	
C.3	STS 14 Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.)	12,5%	0	0,5	1	
C.6	Dispositivi medici	25%	0	-	1	
C.16	Monitoraggio grandi apparecchiature sanitarie	25%	0	-	1	

Il valore di riferimento è ≥ 80%.

[4] 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.)

Malattie Rare (AAU)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, gli item AAU.1 e AAU.2.

Analisi Quali/Quantitativa

AAU) OBBLIGHI INFORMATIVI REGISTRO NAZIONALE MALATTIE RARE

Il monitoraggio 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**

La Regione sarà monitorata su entrambi i parametri di tempestività e completezza ed il valore di riferimento complessivo è ≥ 3.
Sarà considerata positivamente se l'invio dei dati completi (95%), almeno rispetto alle variabili contenute al punto AAU.2 avviene entro il 30 giugno.
Sarà considerata positivamente 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).

Rischio Clinico (AS)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, gli item AS.1.1, AS.2.1, AS.3, AS.4.

Analisi Quali/Quantitativa

Ai fini del monitoraggio si terranno in considerazione gli aspetti di seguito riportati.

AS.1) 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.
Il monitoraggio è positivo qualora siano state implementate almeno 14 Raccomandazioni su 19 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.
Valore di riferimento: 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) è almeno il 80%.

AS.3) Il Ministero utilizzerà i dati delle SDO per monitorare che all'interno delle Schede di Dimissione ospedaliera della Regione siano presenti errori in meno del 10% dei ricoveri.
Valore di riferimento: 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) Sulla base dei dati presenti nel flusso Simes, verrà monitorata 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, il valore di riferimento è almeno il 60% di completa compilazione 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.

Compilazione a cura del Ministero

Obiettivi Direttori Generali (AAQ)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verrà considerato **informativo** l'item AAQ.1.

Analisi Quali/Quantitativa

AAQ) OBIETTIVI DIRETTORI GENERALI

La Regione, ai soli fini informativi, deve inviare documentazione relativa all'attuazione dell'articolo 10, comma 6, del Patto per la Salute 2014-2016, come disposto dell'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.i 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 2019;
- schemi-tipo dei contratti regionali per i nuovi incarichi, in caso di mancato invio nel 2019 o anni precedenti;
- disposizioni normative regionali relative ad obiettivi ed eventuali sotto-obiettivi, al sistema di monitoraggio e ai criteri di valutazione vigenti.

Verranno monitorate 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.

La Regione, inoltre, deve inviare documentazione relativa a contratti sottoscritti dai Direttori Generali/Commissari delle Aziende del SSR, già in carica o nominati nell'anno 2020 e la Relazione sulle valutazioni, e relativi esiti, dei Direttori Generali per i quali nel 2020 siano trascorsi ventiquattro mesi dalla nomina.

Personale (C.2, C.3, V)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, gli item C.2, C.3 e V.

Analisi Quali/Quantitativa

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Fonti Informative	Criteri di copertura	Non sufficiente	Buona
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)	% strutture di ricovero equiparate/private che hanno inviato la tabella 1C.BIS rispetto alle strutture di ricovero equiparate/private della Regione.	< 95%	≥95%

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.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Modelli	Criterio di monitoraggio	Non sufficiente	Sufficiente	Buona
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.	Punteggio Regione <1,90	1,90≤Punteggio Regione <1,96	1,96≤Punteggio Regione ≤ 2

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".

V) PIANO NAZIONALE AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO

Si riportano di seguito i criteri utilizzati per il monitoraggio.

Informazioni	Criterio di monitoraggio	Non sufficiente	Sufficiente	Buona
1. Formale evidenza del recepimento degli artt. 31 comma 1 e 22 comma 8 dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017;	Ogni Regione è obbligata a fornire evidenze relative ai 6 punti previsti nella lettera V). Ad ogni criterio viene attribuito il punteggio tra 0 e 1. La valutazione complessiva	Punteggio Regione <=3	4>=Punteggio Regione <=5	Punteggio Regione = 6

Informazioni	Criterio di monitoraggio	Non sufficiente	Sufficiente	Buona
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 20% delle attività programmate. In caso di mancato raggiungimento di tale soglia deve indicare gli eventuali provvedimenti adottati; 4. La percentuale dei provider verificati e monitorati a livello informatico rispetto ai provider accreditati, l'Organismo regionale competente ed eventuali provvedimenti adottati in funzione delle violazioni riscontrate (si ricorda che ogni anno l'Ente accreditante deve effettuare visite di verifica, anche per il tramite degli Osservatori regionali, ad almeno il 10% dei provider che ha accreditato); 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 Co.Ge.A.P.S. attestando che non vi sono discrepanze tra i report inviati dal provider alla Regione e quelli inviati al Co.Ge.A.P.S..	viene determinata dalla sommatoria dei punteggi attribuiti ai singoli criteri			

- Non sufficiente: 0 (TAB n.1 - criteri rispettati pari o inferiori a 3)
- Sufficiente: 0,75 (criteri rispettati compresi tra 4 e 5 TAB n.1 e 0,75 TAB n.2)
- Buona: 1 (TAB n.1 - criteri rispettati pari a 6)

I punteggi vengono assegnati attraverso la seguente tabella ed il punteggio pesato è dato dalla sommatoria del prodotto del peso per il punteggio per singolo item.

Adempimento	Fonte Informativa	Peso	Punteggio			Punteggio pesato
			Non sufficiente	Sufficiente	Buona	
C.2	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)	25%	0	-	1	
C.3	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)	25%	0	0,5	1	
V	Piano Nazionale Aggiornamento del Personale Sanitario	50%	0	0,75	1	

Il valore di riferimento è ≥ 80%.

Dati Economici (C.1)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verrà considerato **monitorabile** l'item C.1.

Analisi Quali/Quantitativa

C.1) OBBLIGHI INFORMATIVI ECONOMICI

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 monitoraggi:

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 di monitoraggio 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 monitoraggio dell'adempimento degli obblighi informativi che l'ufficio istruttorio compilerà per singola Regione.

Codice regione	*Regione*	*Dato CE-SP-LA-CP*	*VALUTAZIONE*

Modello	**% copertura**
CE consuntivo 2019	
CE preventivo 2020	
CE I trimestre 2020	
CE II trimestre 2020	
CE III trimestre 2020	
CE IV trimestre 2020	
CE consuntivo 2020(a partire dal 30 giugno 2021)	
SP consuntivo 2019	
SP consuntivo 2020 (a partire dal 30 giugno 2021)	
CP consuntivo 2019	
CP consuntivo 2020(a partire dal 30 settembre 2021)	
LA consuntivo 2019	
LA consuntivo 2020 (a partire dal 30 giugno 2021)	

Con riferimento alla qualità dei dati trasmessi al Sistema informativo, sono eseguite **quattro** serie di monitoraggio: il primo sulla coerenza dei dati del modello CE consuntivo 2019 rispetto al modello LA 2019, il secondo sulla coerenza dei dati del modello CE consuntivo 2019 rispetto al modello SP degli ultimi 2 anni, il terzo sulla coerenza interna dei modelli CE-SP-LA, il quarto sulla concordanza tra la somma dell'Attivo e del Passivo dello Stato Patrimoniale.

Il monitoraggio CE – LA è eseguito 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 rimanenze
15. Altri costi
16. Totale
17. Mobilità attiva e passiva interregionale

Il monitoraggio CE – SP è eseguito rispetto alle seguenti voci:

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

Il monitoraggio della coerenza interna dei modelli CE-SP-LA è eseguito 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 monitoraggio interno al modello SP è eseguito rispetto alle seguenti voci:

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

Il monitoraggio di cui ai punti precedenti verrà fatto anche in seguito ad eventuali modifiche del CE e del LA successivamente al monitoraggio tecnico da parte degli uffici competenti.

Al termine del processo di monitoraggio i risultati sono rapportati a 100.

CODICE REGIONE		***REGIONE***	
CONTROLLO		***AGGIORNAMENTO***	***RISULTATO***
Coerenza CE-LA			
Coerenza CE-SP			
SP att-pass-netto*			

** 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*

Contabilità Analitica e Certificabilità del Bilancio (N, AT)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, gli item N.1, N.2, N.3, AT.1, AT.2, AT.3 e AT.4.

Analisi Quali/Quantitativa

N) CONTABILITA' ANALITICA

Per l'anno 2020, 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 dedell'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 2020 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 **(allegato Excel "*Scheda Co.An.*")**, 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 2020 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 2020 non verrà attribuito alcun peso. Se non viene garantito la Regione sarà considerata inadempiente unitamente all'obiettivo A1.

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

Il decreto ministeriale 17 settembre 2012 all'articolo 3, comma 4, prevede che "*alla verifica dell'attuazione da parte delle Regioni dei percorsi attuativi, secondo le modalità e le tempistiche ivi previste, provvedono:*

- *per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro, congiuntamente il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA e il Tavolo di verifica adempimenti, di cui rispettivamente agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in occasione delle verifiche di attuazione del Piano di rientro;*
- *per le Regioni non sottoposte ai Piani di rientro, il Tavolo di verifica adempimenti, di cui all'articolo 12 della predetta Intesa del 23 marzo 2005, in occasione delle ordinarie verifiche degli adempimenti".*

Ai fini del monitoraggio dell'adempimento, pertanto, le Regioni inviano, quelle sottoposte al Piano di rientro sia al Comitato Lea che al Tavolo Adempimenti, mentre quelle non sottoposte al Piano di rientro 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.

Spesa Farmaceutica (C.14, C.15, L)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, gli item C.14, C.15 e L.

Analisi Quali/Quantitativa

C.14 - C.15) FLUSSI INFORMATIVI RELATIVI ALLA FARMACEUTICA

Fatto salvo quanto previsto dalla nota DGPROGS 27535-P del 23/11/2017, al fine di assicurare un più accurato monitoraggio sui dati, le tempistiche riportate nella tabella 2 con riferimento al monitoraggio mensile sono modificate come riportato nella tabella seguente:

	Monitoraggio mensile					**Monitoraggio trimestrale**			
Mese di riferimento	punto 1 monitoraggio mensile	punto 2 monitoraggio mensile - riconciliazione CO+DD e traccia	punto 3 monitoraggio mensile - relazione regione	punto 3 monitoraggio mensile - scadenza esame relazione regionale per Comitato LEA	punto 3 monitoraggio mensile - scadenza invio rettifiche da parte della regione	punto 4 monitoraggio trimestrale -	punto 5 monitoraggio trimestrale - scadenza invio relazione regione	punto 5 monitoraggio trimestrale - scadenza esame relazione regionale per Comitato LEA	punto 5 monitoraggio trimestrale - scadenza invio rettifiche da parte della regione
gennaio	30-apr	30-apr	10-mag	20-mag	31-mag				
febbraio	30-apr	30-apr	10-mag	20-mag	31-mag				
marzo	30-apr	30-apr	10-mag	20-mag	31-mag	30-apr	10-mag	20-mag	31-mag
aprile	30-lug	30-lug	09-ago	19-ago	31-ago				
maggio	30-lug	30-lug	09-ago	19-ago	31-ago				
giugno	30-lug	30-lug	09-ago	19-ago	31-ago	31-lug	10-ago	20-ago	31-ago
luglio	30-ott	30-ott	09-nov	19-nov	30-nov				
agosto	30-ott	30-ott	09-nov	19-nov	30-nov				
settembre	30-ott	30-ott	09-nov	19-nov	30-nov	31-ott	10-nov	20-nov	30-nov
ottobre	30-gen	30-gen	10-feb	20-feb	28-feb				
novembre	30-gen	30-gen	10-feb	20-feb	28-feb				
dicembre	30-gen	30-gen	10-feb	20-feb	28-feb	31-gen	10-feb	20-feb	28-feb

Ufficio competente: Ufficio 4 DGSISS, Ufficio 4 DGPROG, AIFA

Razionale

La mobilità dei dati nel periodo di consolidamento (due mesi successivi al periodo di riferimento) rende poco efficienti i monitoraggi previsti all'inizio di ciascun mese successivo a quello di riferimento. Tali monitoraggi, soprattutto quelle riferite al confronto con le altre fonti dati (Tracciabilità e Modelli CE), è opportuno effettuarle su dati che hanno completato il loro ciclo di conferimento a NSIS: si propone, pertanto, di concentrare le attività in 4 periodi temporali specifici, seppur riferiti a ciascuno dei mesi del trimestre, in modo da consentire contestualmente anche la confrontabilità con i dati del modello CE.

L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

Ai fini del monitoraggio dell'adempimento si rinvia a quanto riportato nel Documento adempimenti 2020– 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.

Prestazioni Aggiuntive (Y)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verrà considerato **monitorabile** l'item Y.1.

Analisi Quali/Quantitativa

Y) LEA AGGIUNTIVI
Monitoraggio congiunto degli Uffici 4 e 5 della DGPROG.

Sarà monitorato 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.
Il monitoraggio sarà positivo se il provvedimento riporta i dati indicati.
Verrà monitorata, altresì, la congruità tra i dati esposti nell'allegato 3 A, alla colonna costi per prestazioni extra lea del modello di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza (modello LA) 999, e quanto risulta nel modello CE consuntivo 999 alla voce di ricavo AA0090 A.1.B.1.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA.

Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE (AAD)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verrà considerato **monitorabile** l'item AAD.

Analisi Quali/Quantitativa

AAD) SISTEMA FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

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 monitoraggio: il rispetto dei termini di disponibilità dei predetti servizi regionali sarà monitorato 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).

Interconnessione Sistemi Informativi (AAW)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verrà considerato **monitorabile** l'item AAW.

Analisi Quali/Quantitativa

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

Il monitoraggio 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, con riferimento alla valorizzazione dei campi Validità del CI con il valore 1 (*non valido*) e Tipologia del CI con il valore 99 (*non presente in banca dati*) sarà verificato il rispetto dei seguenti valori soglia:

Sistema Informativo (S.I)	**Validità CI = 1 (%)**	**Tipologia del CI = 99 (%)**
S.I. per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare - SIAD	≤ 1	≤ 1
S.I. per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice - HOSPICE	≤ 1	≤ 1
S.I. salute mentale - SISM	≤ 2	≤ 2
S.I. nazionale dipendenze - SIND	---	≤ 2
S.I. per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza-Pronto soccorso - PS	≤ 5	≤ 5
S.I. per il monitoraggio delle prestazioni residenziali e semiresidenziali - FAR	≤ 1	≤ 1

NSG

Elenco Indicatori SOTTOINSIEME *CORE* (*Art. 2 comma 4 del D.M. 12 marzo 2019*) sottoposti a monitoraggio ai soli fini informativi.

Le specifiche tecniche degli indicatori sono illustrate nella circolare applicativa (DM 12 marzo 2019, art. 3, comma 1).

Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

N° Indicatore	Descrizione Indicatore	Valorizzazione Indicatore	Validità Indicatore
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	y = 0, x ∈ [0-90) y = 30 * x - 2700, x ∈ [90-92) y = 13,3333 * x - 1166,6667, x ∈ [92-95) y = 100, x ∈ [95-100) Soglia: (92, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento AAZ "*Sistema Anagrafe nazionale vaccini*", i dati sono considerati validi se la copertura e la qualità ottengono una valutazione "*adempiente*". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	y = 0, x ∈ [0-90) y = 30 * x - 2700, x ∈ [90-92) y = 13,3333 * x - 1166,6667, x ∈ [92-95) y = 100, x ∈ [95-100) Soglia: (92, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino	y = 0, x ∈ [0-25) y = 1,3333 * x - 33,3333, x ∈ [25-100) Soglia: (70, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	Indicatore C.13 non valutabile nel corso del 2020.
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	y = 0, x ∈ [0-50) y = 2 * x - 100, x ∈ [50-100) Soglia: (80, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	Indicatore C.13 non valutabile nel corso del 2020.
P14C*	Indicatore composito sugli stili di vita	FONTE ISTAT y = 100, x ∈ [0-25) y = - 2,6667 * x + 166,6667, x ∈ [25-40) y = - 1 * x + 100, x ∈ [40-50) y = - 3,3333 * x + 216,6667, x ∈ [50-65) y = 0, x ∈ [65-100) Soglia: (40, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: DECRESCENTE y = 0 [65 - 100) Verso: DECRESCENTE	La soglia di validità dell'indicatore è pari al 90% dei rispondenti ai quesiti dell'indagine, che concorrono alla costruzione dell'indicatore sintetico sugli stili di vita. Al di sotto del 90%, il punteggio dell'indicatore sarà pari a 0.

N° Indicatore	Descrizione Indicatore	Valorizzazione Indicatore	Validità Indicatore
P15Ca**	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	CERVICE y = 0, x ∈ [0-10) y = 4 * x - 40, x ∈ [10-25) y = 1,6 * x + 20, x ∈ [25-50) y = 100, x ∈ [50-100) Soglia: (25, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C2 "*Obblighi informativi statistici - Completezza -Screening oncologici*", i dati sono considerati validi se la copertura ottiene una valutazione "*adempiente*" Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0. Indicatore C.3-Screenin Oncologici non valutabile nel corso del 2020.
P15Cb**	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	MAMMELLA y = 0, x ∈ [0-10) y = 2,4 * x - 24, x ∈ [10-35) y = 1,6 * x + 4, x ∈ [35-60) y = 100, x ∈ [60-100) Soglia: (35, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	
P15Cc**	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	COLON y = 0, x ∈ [0-10) y = 4 * x - 40, x ∈ [10-25) y = 1,6 * x + 20, x ∈ [25-50) y = 100, x ∈ [50-100) Soglia: (25, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	

**A partire dell'anno di valutazione 2022 l'indicatore sarà calcolato con Fonte PASSI.*

***Il punteggio finale dell'indicatore è dato dalla media aritmetica dei punteggi delle 3 componenti Mammella, Cervice e Colon.*

Assistenza Distrettuale

N° Indicatore	Descrizione Indicatore	Valorizzazione Indicatore	Validità Indicatore
D03C*	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	y = 100, x ∈ [0-343) y = - 1,3333 * x + 557,3333, x ∈ [343-418) y = 0, x ∈ [418-550) Soglia: (373, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: DECRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C "*Obblighi informativi*" (Flusso Informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "*buona*" e la qualità una valutazione almeno "*sufficiente*". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	y = 100, x ∈ [0-18) y = - 4,4444 * x^2 + 160 * x - 1340, x ∈ [18-22,7434) y = 0, x ∈ [22,7434-27) Soglia: (21, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: DECRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C.12 "*Sistema Informativo per il Monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR 118)*", i dati sono considerati validi se la copertura e la qualità ottengono una valutazione "*adempiente*". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	y = 0, x ∈ [0-50) y = 6 * x - 300, x ∈ [50-60) y = 1,3333 * x - 20, x ∈ [60-90) y = 100, x ∈ [90-100) Soglia: (60, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C.5 "M*onitoraggio ex post delle prestazioni incluse nel flusso informativo ex articolo 50 della legge 326/2003*", i dati sono considerati validi se la copertura ottiene una valutazione "*buona/adempiente*". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	y = 100, x ∈ [0-5652) y = - 2,4829 * 10^(-2) * x + 240,3352, x ∈ [5652-9679,5) y = 0, x ∈ [9679,5-10000) Soglia: (7263, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: DECRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C.14-C.15 "*Flussi Informativi relativi alla farmaceutica*" i dati sono considerati validi se la copertura delle ASL invianti/ASL attese è pari al 100%. Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.
D22Z**	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	CIA 1 y = 0, x ∈ [0-0,5) y = 28,5714 * x - 14,2857, x ∈ [0,5-4) y = 100, x ∈ [4-6) Soglia: (2,6, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C.7 "*Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare*", i dati sono considerati validi se la copertura e la qualità ottengono una valutazione "*adempiente*". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.
		CIA 2 y = 0, x ∈ [0-1) y = 66,6667 * x - 66,6667, x ∈ [1-2,5) y = 100, x ∈ [2,5-6) Soglia: (1,9, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	
		CIA 3 y = 0, x ∈ [0-0,75) y = 80 * x - 60, x ∈ [0,75-2) y = 100, x ∈ [2-6) Soglia: (1,5, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	y = 100, x ∈ [0-4) y = - 4,7562 * x^2 + 38,0499 * x + 23,9001, x ∈ [4-8,5853) y = 0, x ∈ [8,5853-10) Soglia: (6,9, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: DECRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C "*Obblighi informativi*" (Flusso Informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "*buona*" e la qualità una valutazione almeno "*sufficiente*".

N° Indicatore	Descrizione Indicatore	Valorizzazione Indicatore	Validità Indicatore
			Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	y = 0, x ∈ [0-5) y = 2 * x - 10, x ∈ [5-55) y = 100, x ∈ [55-100) Soglia: (35, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C.7 "*Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare*" e all'Adempimento C.9 "*Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice*" i dati sono considerati validi se la copertura e la qualità ottengono una valutazione "*adempiente*". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.
D33Za	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	y = 2,439 * x, x ∈ [0-41) y = 100, x ∈ [41-60) Soglia: (24,6, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C.8 "*Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale*", i dati sono considerati validi se la copertura e la qualità ottengono una valutazione "*buona/adempiente*". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.

**L'indicatore è da calcolare ad anni alterni con D04C.*

***Il punteggio finale dell'indicatore è dato dalla somma pesata dei punteggi delle 3 componenti CIA1, CIA2 e CIA3 pesati rispettivamente con i valori 0,15, 0,35, 0,50.*

Assistenza Ospedaliera

N° Indicatore	Descrizione Indicatore	Valorizzazione Indicatore	Validità Indicatore
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	y = 100, x ∈ [0-140) y = - 2 * x + 380, x ∈ [140-160) x = 160, x ∈ [160-160) y = 0, x ∈ [160-200) Soglia: (160, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: DECRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C "*Obblighi informativi*" (Flusso Informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "*buona*" e la qualità una valutazione almeno "*sufficiente*". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.	y = 0, x ∈ [0-1,2702) y = 1,2702 * 10^(-2) * x^2 - 3,2266 * 10^(-2) * x + 2,0492 * 10^(-2), x ∈ [1,2702-90) y = 100, x ∈ [90-100) Soglia: (70, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C "*Obblighi informativi*" (Flusso Informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "*buona*" e la qualità una valutazione almeno "*sufficiente*". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	y = 100, x ∈ [0-0,15) y = - 444,4444 * x + 166,6667, x ∈ [0,15-0,375) y = 0, x ∈ [0,375-0,6) Soglia: (0,24, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: DECRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C "*Obblighi informativi*" (Flusso Informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "*buona*" e la qualità una valutazione almeno "*sufficiente*". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	y = 0, x ∈ [0-40) y = 2 * x - 80, x ∈ [40-90) y = 100, x ∈ [90-100) Soglia: (70, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C "*Obblighi informativi*" (Flusso Informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "*buona*" e la qualità una valutazione almeno "*sufficiente*". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.
H13C	Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	y = 1,6667 * 10^(-2) * x^2, x ∈ [0-60) y = 2 * x - 60, x ∈ [60-80) y = 100, x ∈ [80-100) Soglia: (60, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C "*Obblighi informativi*" (Flusso Informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "*buona*" e la qualità una valutazione almeno "*sufficiente*". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.
H17C*	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	y = 100, x ∈ [0-15) y = 2,0323 * 10^(-1) * x^2 - 15,1129 * x + 280,968, x ∈ [15-37,1825) y = 0, x ∈ [37,1825-50) Soglia: (20, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: DECRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C "*Obblighi informativi*" (Flusso Informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "*buona*" e la qualità una valutazione almeno "*sufficiente*". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.
H18C*	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti	y = 100, x ∈ [0-20) y = 2,0323 * 10^(-1) * x^2 - 17,1452 * x + 361,6133, x ∈ [20-42,1825) y = 0, x ∈ [42,1825-50) Soglia: (25, 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: DECRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C "*Obblighi informativi*" (Flusso Informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "*buona*" e la qualità una valutazione almeno "*sufficiente*". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.

**Il punteggio finale comprensivo dei 2 indicatori è dato dalla somma pesata dei punteggi dei 2 singoli indicatori pesati per il numero di strutture della regione che hanno effettuato meno di 1000 parti o 1000 parti e oltre.*

Una volta calcolato il punteggio di ciascun indicatore per l'annualità di riferimento, viene attribuito un eventuale ulteriore punteggio di premio o penalità calcolato nel modo seguente:

- Si considera il trend del valore dell'indicatore a partire da quattro anni precedenti l'anno di valutazione fino a quest'ultimo (quinquennio).
- Si calcola il logaritmo del valore di ciascun anno.
- Si calcola il coefficiente beta di regressione lineare del trend dei valori logaritmici.
- Si calcola la significatività statistica del trend con una soglia di accettabilità del 10% (0,10).
- Se la significatività è entro la soglia e il segno del coefficiente di regressione è concorde con il verso dell'indicatore (positivo se il verso è crescente, negativo altrimenti), si attribuisce un premio de 3 punti ulteriori. Se, viceversa, il segno del coefficiente di regressione è discorde con il verso dell'indicatore, si attribuisce una penalità di 3 punti. In ogni caso anche dopo l'attribuzione del premio o della penalità il punteggio finale non può scendere sotto lo zero o superare il 100.
- Se la significatività supera la soglia di accettabilità, non viene attribuito nessun premio o penalità.