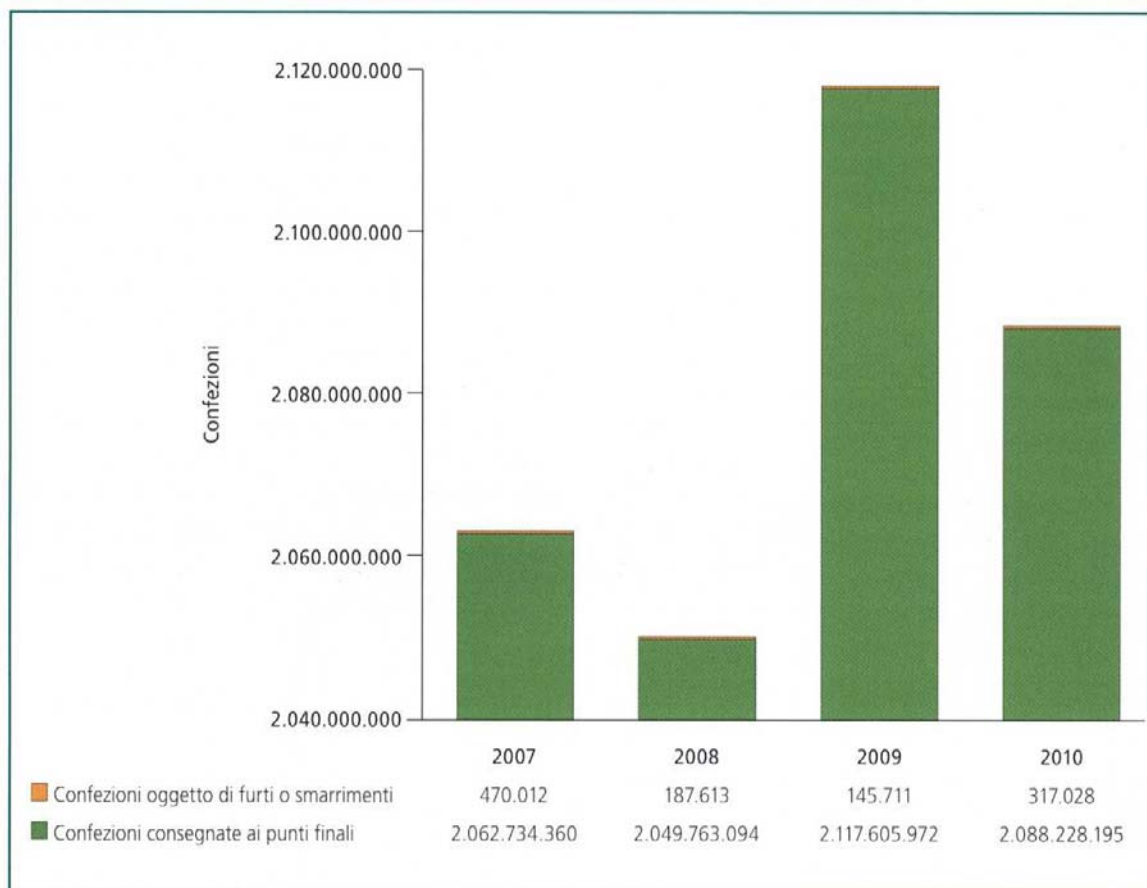


Figura 6.2. Confezioni oggetto di furto o smarrimento rispetto alle confezioni consegnate ai punti di distribuzione finali (farmacie, ospedali ecc.).



Fonte: Datawarehouse AIFA.

mia e delle Finanze, Forze dell'Ordine) e a livello locale (Regioni, Strutture del Servizio Sanitario Nazionale). La banca dati costituisce, inoltre, un efficace strumento di lotta alla contraffazione e all'immissione illecita sul mercato dei medicinali, a tutela della sicurezza dei cittadini e della distribuzione legale. Infatti, il monitoraggio cui sono sottoposte le confezioni di medicinali consente di rilevare puntualmente i fenomeni legati all'uscita dal canale distributivo quali i furti e gli smarrimenti, nonché la distruzione dei farmaci scaduti: l'andamento del numero di confezioni oggetto di furto o smarrimento è riportato nella *Figura 6.2*.

A ulteriore tutela degli utilizzatori finali dei medicinali sono in corso le attività utili a rendere disponibili servizi online al cittadino, che consentano di confrontare le informazioni presenti relative alla confezione acquistata con le informazioni registrate

nella banca dati. Per quanto riguarda i medicinali direttamente acquistati dal SSN, il progetto di tracciabilità del farmaco si è arricchito di due ulteriori sistemi di monitoraggio:

- il flusso informativo per la distribuzione diretta e per conto dei medicinali distribuiti tramite le strutture sanitarie;
- il flusso informativo per il consumo dei medicinali utilizzati in ambito ospedaliero e ambulatoriale.

6.8. La distribuzione diretta dei medicinali

La distribuzione diretta è intesa come la dispensazione, per il tramite delle strutture ospedaliere e dei presidi delle Aziende Sanitarie Locali, di medicinali ad assistiti per la somministrazione al proprio domicilio.

Inoltre, la distribuzione diretta può avvenire anche attraverso specifici accordi con le farmacie territoriali, pubbliche e private (distribuzione per conto).

I principali obiettivi della distribuzione diretta e per conto dei medicinali possono essere così sintetizzati:

- garantire la continuità assistenziale, mediante la creazione di un'area terapeutica fra la terapia intensiva (ospedale) e la cronicità (medicina territoriale);
- monitorare l'appropriatezza di utilizzo di determinati medicinali;
- agevolare l'accesso ai medicinali da parte di specifiche categorie di pazienti;
- salvaguardare la gestione finanziaria del SSN, mediante il contenimento della spesa farmaceutica.

Nell'ambito della distribuzione diretta rientrano, quindi, le prestazioni farmaceutiche destinate al consumo al domicilio ed erogate:

- alla dimissione da ricovero o da visita specialistica, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo;
- ai pazienti cronici e/o soggetti a piani terapeutici;
- ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale;
- da parte delle farmacie convenzionate, pubbliche o private, per conto delle Aziende Sanitarie Locali.

L'art. 3, comma 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha previsto la rilevazione, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, dei dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci, dati che le Regioni si impegnano a trasmettere al Ministero della Salute. Il Decreto del Ministro della Salute 31 luglio 2007, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 229 del 2 ottobre 2007, ha istituito la Banca Dati per la raccolta dei dati sulla distribuzione diretta dei farmaci. Successivamente, l'art. 5 del Decreto Legge 159/2007, convertito con modificazioni nella Legge 222 del 29 novembre 2007, ha introdotto alcune modifiche alla disciplina della distribuzione diretta e per conto dei farmaci, rafforzando la natura di strumento di controllo della spesa farmaceutica del citato Decreto 31 luglio 2007 e

imponendo, alle stesse Regioni, la frequenza mensile per la trasmissione dei dati.

Le prestazioni farmaceutiche oggetto di rilevazione riguardano, quindi, tutti i medicinali direttamente acquistati dal SSN e distribuiti al paziente per il consumo presso il proprio domicilio, o attraverso il canale delle farmacie aperte al pubblico, o direttamente dalle strutture sanitarie. I medicinali oggetto della rilevazione sono quelli autorizzati in Italia e dotati di un codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC), i gas medicinali, le formulazioni magistrali, le formule officinali e i medicinali esteri non autorizzati all'immissione in commercio in Italia e utilizzati ai sensi del Decreto del Ministro della Salute 11 febbraio 1997. Per le preparazioni magistrali e le formule officinali, nonché per i farmaci esteri, per i quali non esistono anagrafi di riferimento, le Regioni Liguria ed Emilia Romagna curano l'attribuzione del codice *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) di massimo dettaglio disponibile.

La *Tabella 6.6* riporta i dati di spesa complessiva trasmessi dalle Regioni e PA con riferimento agli anni 2009-2010.

6.9. I consumi ospedalieri dei medicinali

Il quadro dell'assistenza farmaceutica in Italia si completa, in termini di conoscenza omogenea del fenomeno sul territorio nazionale, attraverso il monitoraggio dei medicinali destinati alla somministrazione interna da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN, e quindi:

- i medicinali destinati alla somministrazione interna, consegnati dalle farmacie ospedaliere a reparti, ambulatori, laboratori e altro tipo di strutture territoriali;
- i medicinali destinati alla somministrazione interna, consegnati dalle farmacie distrettuali a laboratori, ambulatori e altro tipo di strutture territoriali.

L'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 ha previsto, tra l'altro, la rilevazione dei dati relativi al monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario e l'art. 5,

Tabella 6.6. Distribuzione diretta dei medicinali (Anno 2010)

Codice Regione	Regione	2009	2010
		Spesa rilevata	Spesa rilevata
010	Piemonte	258.301.095,85	307.072.890,68
020	Valle d'Aosta	3.480.665,09	8.397.331,15
030	Lombardia	214.424.349,69	251.062.427,60
042	PA di Trento	9.454.385,58	16.905.692,02
050	Veneto	250.808.339,19	299.047.709,90
060	Friuli Venezia Giulia	83.900.567,46	86.176.017,39
070	Liguria	121.013.342,58	133.718.411,82
080	Emilia Romagna	348.023.971,92	365.585.757,81
090	Toscana	304.481.276,82	347.803.691,81
100	Umbria	69.678.212,28	79.397.798,27
110	Marche	119.756.053,58	136.071.376,11
120	Lazio	402.206.823,45	419.225.236,74
130	Abruzzo	17.914.574,65	79.593.361,15
140	Molise	13.938.855,68	20.061.650,98
150	Campania	390.471.925,52	424.035.698,35
160	Puglia	265.572.432,36	314.364.327,55
170	Basilicata	34.808.394,00	44.611.109,35
180	Calabria	27.441.110,70	29.925.823,52
190	Sicilia	56.197.840,77	242.193.362,59
200	Sardegna	149.448.782,97	165.335.155,36
		3.141.323.000,13	3.770.584.830,15

Fonte: Ministero della Salute.

comma 1, del D.Lgs. 159 dell'1 ottobre 2007, convertito dalla Legge 222 del 29 novembre 2007, ha previsto la trasmissione dei dati da parte delle Regioni. Il Decreto del Ministro della Salute 4 febbraio 2009, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 54 del 6 marzo 2009, ha istituito la banca dati per la raccolta dei dati, su base mensile, dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero. La rilevazione dei consumi in ambito ospedaliero, che riguarda quantità e costi ed è stata avviata dal 2010, si applica ai medicinali autorizzati in Italia e dotati di un codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC), ai gas medicinali, alle formulazioni magistrali, alle formule officinali e ai medicinali esteri non autorizzati all'immissione in commercio in Italia e utilizzati ai sensi del Decreto del Ministro della Salute 11 febbraio 1997.

Il recente avvio di questo monitoraggio non consente ancora di disporre di dati completi, anche se tutte le Regioni hanno avviato tempestivamente le attività di rilevazione sul proprio territorio.

Bibliografia essenziale

- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Bulletin of Clinical Trial in Italy – 2010
- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). 9° Rapporto Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei Medicinali in Italia – 2010
- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Rapporto sull'uso dei farmaci antibiotici. Analisi del consumo territoriale nelle Regioni italiane – 2009
- Cangini A, Folino Gallo, G. Rasi. Sovraconsumo di antibiotici ed eccesso di spesa farmaceutica. *PharmacoEconomics -Italian Research Articles* 2010; 12: 133-41
- Gruppo di Lavoro OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2009. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2010

7

Sistema di valutazione dell'assistenza del Servizio Sanitario Nazionale

7.1. Sistema Nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS)

7.1.1. Introduzione

Il Sistema Nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), istituito presso il Ministero della Salute in ottemperanza a quanto stabilito all'art. 1, comma 288, della Legge 266 del 23 dicembre 2005 (Finanziaria 2006), ha l'obiettivo di provvedere alla verifica che, nell'erogazione dei servizi sanitari, vengano rispettati sia i criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate, coerentemente con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sia i criteri di efficienza nell'utilizzo di fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati.

La Legge Finanziaria del 2007 ha previsto, inoltre, che al SiVeAS venisse affidata l'attività di affiancamento alle Regioni con Piani di Rientro di cui all'art. 1, comma 180, della Legge 311/2004.

Il Ministero della Salute, attraverso l'attività del SiVeAS, svolge due fondamentali compiti:

- assicurare un supporto generale per la produzione di strumenti valutativi e implementativi di buone pratiche sul versante dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità dell'assistenza sanitaria nei vari ambiti regionali;
- garantire tutte le attività necessarie per l'affiancamento e il controllo delle Regioni impegnate nei Piani di Rientro.

Il SiVeAS si avvale della collaborazione di Enti esterni, di esperti qualificati e personale interno, quali strumenti necessari alla realizzazione delle sue molteplici attività. L'attività svolta da questi Enti, con cui il Ministero stipula apposite Convenzioni o

Accordi di Collaborazione, viene coordinata dal SiVeAS.

Nell'intento di definire un percorso utile al raggiungimento dei propri obiettivi il SiVeAS pianifica annualmente un programma di attività basato sulle seguenti linee di attività.

7.1.2. I – Monitoraggio dei LEA

La linea di attività I pone come obiettivo il monitoraggio dei LEA attraverso l'utilizzo di una serie di appositi strumenti e metodologie finalizzati a valutare la misurazione quantitativa dell'assistenza sanitaria fornita dagli erogatori, in termini di qualità, appropriatezza e costo.

Il monitoraggio dei LEA è considerato un elemento centrale della garanzia dell'uniforme erogazione sul territorio dell'assistenza sanitaria; tuttavia, l'obiettivo futuro di tale linea di attività è superare l'attuale concezione di sola verifica dell'entità delle prestazioni erogate nei confronti dei cittadini, al fine di sostenere maggiormente la diffusione di valutazioni dell'integrazione tra i diversi livelli di assistenza, le verifiche sulla qualità dell'assistenza, gli approfondimenti sull'appropriatezza e accessibilità dei cittadini ai servizi, anche attraverso l'implementazione di sistemi di indicatori maggiormente mirati.

All'interno della linea d'attività rientra la definizione di un modello di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali (SSR). Il modello di valutazione sviluppato include tutte le dimensioni rilevanti ai fini della verifica dei LEA (equità, efficacia,

efficienza e appropriatezza) e consente analisi comparative, fornendo informazioni valide per il supporto dei processi decisionali politici e amministrativi.

Nel 2009 e nel 2010 il SiVeAS ha sviluppato, in collaborazione con altri Enti:

- analisi dei sistemi regionali di valutazione dei servizi sanitari regionali e sviluppo di modelli di valutazione regionali e inter-regionali;
- predisposizione di metodologie per la definizione di costi standard ed elaborazione di modelli previsionali dell'andamento della spesa sanitaria;
- ricognizione dei principi contabili e dei principi di consolidamento per le aziende sanitarie pubbliche.

7.1.3. II – Promozione e valutazione dell'efficienza gestionale

La II linea di attività si articola in:

- *governo del personale*. Il personale rappresenta uno dei primi fattori di spesa e il suo governo rimane una delle principali azioni di razionalizzazione e di efficientamento che devono essere attuate nella programmazione dei SSR. Nel 2009-2010 è stata sviluppata la valutazione del governo del personale nei SSR attraverso la definizione di un sistema di indicatori, a livello aziendale e regionale, che consente di individuare e spiegare eventuali differenziazioni nelle retribuzioni medie delle diverse figure professionali, con particolare attenzione all'attribuzione di incarichi di Struttura Semplice e Complessa, oltre alla stima del personale sanitario operante nel sistema sanitario;
- *governo degli acquisti di beni e servizi*:
 - l'attività è caratterizzata, da un lato, dall'analisi delle diverse soluzioni organizzative e istituzionali attualmente adottate dalle Regioni per la gestione centralizzata dei processi di acquisto e, dall'altro, dalla valutazione dell'efficacia delle soluzioni "centralizzate" nel produrre un effettivo incremento dell'efficienza del processo di approvvigionamento. Relativamente a questo punto il

SiVeAS, con il supporto di Enti collaborativi, ha promosso iniziative in materia di monitoraggio dei prezzi e delle tariffe, oltre che delle sperimentazioni gestionali e delle innovazioni organizzative di sistema,

- il controllo interno è orientato a rendere disponibili in via sistematica informazioni relative sia alle innovazioni gestionali adottate a livello aziendale, sia alle eventuali criticità emergenti, e risponde all'esigenza di informare le Regioni competenti per l'adozione, qualora necessario, di idonei interventi correttivi. Per incrementare i percorsi di autocontrollo interno al fine di razionalizzare la spesa per i principali fattori produttivi, in questi ultimi 2 anni è stato creato, a supporto delle Regioni, un sistema di "cruscotti" per il governo aziendale.

7.1.4. III – Promozione e valutazione dell'efficacia e della qualità

La linea d'attività si articola nei due seguenti ambiti di valutazione: valutazione degli esiti dei trattamenti e valutazione della qualità percepita.

Valutazione degli esiti dei trattamenti. Le iniziative avviate si rivolgono a individuare aree critiche su cui implementare programmi di miglioramento della qualità dell'assistenza per monitorare l'andamento della qualità delle cure nel tempo e per valutare l'efficacia dell'introduzione di nuove tecnologie.

In particolare il SiVeAS, in collaborazione con altri Enti, ha promosso lo sviluppo e la produzione di indicatori di esito attraverso azioni mirate a:

- definire e misurare gli esiti di una serie di interventi sanitari, frutto di quanto sperimentato durante lo svolgimento del programma "Mattone-Misura dell'Outcome";
- misurare la variabilità di esito dei trattamenti sanitari fra strutture, Aziende Sanitarie Locali e/o aree territoriali, gruppi di popolazione;

- definire e misurare nuovi indicatori di esito, specifici per alcune malattie croniche (es. il diabete), sperimentare nuove metodologie di analisi su alcuni indicatori;
- disegnare un sistema di valutazione dell'utilità, validità e impatto degli indicatori di esito e sperimentare programmi di formazione da offrire a diverse figure professionali.

Valutazione della qualità percepita. Si propone di definire strumenti conoscitivi che consentano di monitorare in maniera sistematica e standardizzata aspetti connessi alla qualità dei servizi percepita dagli utenti e dagli operatori, al fine di supportare la definizione e adozione di adeguati interventi migliorativi.

È stato avviato un progetto che si pone l'obiettivo di definire e diffondere un programma a elevato standard metodologico per la valutazione della qualità percepita e sviluppare strumenti omogenei per la rilevazione della qualità percepita nei servizi di salute mentale.

7.1.5. IV – Promozione e valutazione dell'appropriatezza

La linea di attività distingue l'appropriatezza organizzativa da quella clinica.

Appropriatezza organizzativa. Per l'appropriatezza organizzativa sono stati attivati due filoni progettuali:

- la predisposizione di una metodologia per la lettura integrata e sintetica di indicatori di valutazione dell'appropriatezza del sistema di garanzia dei LEA a livello aziendale, in applicazione di logiche di *clinical governance*;
- la realizzazione di una *survey* nazionale, volta a fornire una "fotografia" dei dipartimenti e del processo di dipartimentalizzazione in atto nel nostro Paese, dalla quale far emergere le *best practice* nella realizzazione del governo clinico, da valutare per un eventuale inserimento in Linee guida dedicate.

Appropriatezza clinica. Scopo di tali attività è lo sviluppo di Linee guida in alcuni ambiti di riferimento, congiuntamente alla definizione delle modalità per rendere stabili le attività di produzione delle Linee guida cliniche, al pari di quanto fatto in altri Paesi (Inghilterra, Scozia, Stati Uniti, Australia, Canada ecc.), e alla definizione di un sistema per l'implementazione delle Linee guida.

In questo settore è stata sviluppata:

- la promozione, organizzazione e valutazione della continuità assistenziale [responsabilizzazione dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS) - monitoraggio dei percorsi assistenziali];
- la realizzazione e presentazione di un supporto audiovisivo sull'implementazione della checklist per la sicurezza in sala operatoria.
- la produzione *ex novo* e/o l'aggiornamento delle Linee guida su tonsillectomia, antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto, sindrome influenzale, diagnostica per immagini, test preoperatori.

Con la collaborazione multi-istituzionale tra Istituto Superiore di Sanità (ISS), Istat, Ministero della Salute, Università Tor Vergata e Nebo Ricerche PA, nel 2010 sono stati elaborati specifici strumenti di supporto alle decisioni di politica sanitaria pubblica di livello nazionale, regionale e locale, in particolare inerenti i ricoveri evitabili per genere e per USL attraverso l'analisi dell'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata, l'analisi dell'ospedalizzazione potenzialmente prevenibile e l'analisi delle procedure a rischio di inappropriatezza.

I risultati sono consultabili sul sito <http://www.atlantesanitario.it>.

7.1.6. V – Accreditamento e organizzazione dell'offerta

Tale linea di attività è dedicata prevalentemente a iniziative afferenti all'area dell'affiancamento delle Regioni con i Piani di Rientro e mira a ridefinire i criteri e le modalità di riorganizzazione della rete d'offer-

ta per renderla più efficace e rispondente ai bisogni del cittadino.

I temi sviluppati nel 2009-2010 sono stati:

- la produzione di Linee guida per l'applicazione di principi e norme fondamentali per assicurare l'integrazione fra erogatori pubblici ed erogatori privati basata sulla garanzia di qualità e appropriatezza nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;
- il monitoraggio dell'organizzazione dell'offerta ospedaliera e dei servizi distrettuali di cure primarie e l'elaborazione di modelli funzionali per l'organizzazione dell'offerta;
- l'analisi dei costi delle prestazioni in particolare con riferimento a: I) analisi dei costi delle branche/prestazioni di specialistica ambulatoriale più significative all'interno di un campione di Aziende; II) supporto al lavoro di applicazione della metodologia di analisi dei costi per le prestazioni di ricovero già definita a livello ministeriale;
- l'analisi dei percorsi per le patologie oncologiche nei SSR e la costruzione di report di analisi delle reti di offerta per le patologie oncologiche, al fine di individuare casi significativi;
- l'individuazione di assetti di *governance* delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) attraverso: i) definizione di Linea guida relative agli assetti di *governance* delle AOU; ii) definizione di Linea guida alla microprogettazione organizzativa delle AOU per sostenere l'integrazione tra assistenza, formazione e ricerca.

7.1.7. VI – Accessibilità

Le attività sono state finalizzate, in particolare, al monitoraggio delle modalità organizzative della libera professione intramoenia a livello regionale e aziendale, al monitoraggio delle modalità attuative della partecipazione ai costi delle prestazioni e all'analisi delle influenze delle disuguaglianze sociali e territoriali sullo stato di salute e l'accesso ai servizi sanitari.

7.1.8. VII – Assistenza sociosanitaria

Le Regioni in Piano di Rientro sono state supportate attraverso uno specifico affiancamento, che si è realizzato sia con l'offerta di supporto tecnico-professionale alla definizione delle iniziative locali, sia con le attività di monitoraggio delle iniziative attuative degli impegni stabiliti nei Piani di Rientro. Rientra, inoltre, in questa linea di attività il supporto tecnico alle Regioni in Piano di Rientro finalizzato a definire un indirizzo per la riorganizzazione dei servizi per le persone fragili e/o con disabilità individuando i requisiti essenziali strategici, organizzativi e strumentali, in grado di garantire la semplificazione delle procedure, la razionalizzazione delle risorse e la continuità della presa in carico.

7.1.9. VIII – Confronti internazionali e integrazione delle basi – Dati

Le attività si sono incentrate sulla produzione di strumenti metodologici e operativi che consentano di migliorare la possibilità di svolgere confronti tra il nostro sistema sanitario e i sistemi esteri e, quindi, di superare l'autoreferenzialità nella valutazione dei livelli di risposta garantiti dal nostro sistema ai bisogni di tutela della salute della popolazione.

Nel 2010 è stata completata l'attività promossa dal SiVeAS inerente la realizzazione di un sistema informativo sul personale in attività nel sistema sanitario pubblico e privato, che è il risultato di un processo di integrazione di una molteplicità di fonti di dati, costruendo così un quadro complessivo del fenomeno. Il sistema consente di interrogare i dati sul personale secondo la Regione, il tipo di struttura sanitaria, il rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la professione, il rapporto di lavoro, il regime orario, il genere.

Per la validazione a livello internazionale degli indicatori utilizzati per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria nel SSN, è stata anche avviata un'attività finalizzata a promuovere la comparabilità internazionale degli indicatori utilizzati per il monitorag-

gio dell'assistenza erogata nel SSN e, in particolare, l'allineamento alle attività del programma pluriennale ECHIM (*European Community Health Indicators and Monitoring*), della Commissione Europea, dedicato all'identificazione, definizione e implementazione dei modelli, dei sistemi e degli indicatori utili al monitoraggio dello stato di salute nella popolazione.

7.1.10. IX – Affiancamento alle Regioni con Piani di Rientro del disavanzo

La funzione di affiancamento alle Regioni sottoposte ai Piano di Rientro si realizza attraverso le seguenti macroattività:

- affiancamento a livello centrale che include l'attività di preventiva approvazione (esame istruttorio e valutazione congiunta dei due Ministeri: Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze) dei provvedimenti relativi all'attuazione dei Piani di Rientro e di verifica periodica in merito al raggiungimento degli obiettivi intermedi previsti dai Piani di Rientro;
- monitoraggio dell'impatto dei Piani di Rientro: verifica in merito all'attuazione del Piano stesso nelle modalità e nei tempi pianificati e valutazione degli effetti generati dalle manovre implementate;
- affiancamento a livello regionale: affiancamento tecnico fornito alle Regioni su aree di particolare interesse.

Con il supporto di altri Enti collaborativi sono stati promossi l'affinamento e l'analisi degli indicatori per il monitoraggio dell'impatto dei Piani di Rientro e dei successivi provvedimenti attuativi con riferimento alle aree:

- gestione del personale;
- forme di centralizzazione delle funzioni di acquisto;
- scelte di assetto delle reti ospedaliere.

7.1.11. X – Trasferimento delle metodologie sviluppate nei primi anni di attività del SiVeAS nelle procedure di valutazione previste dalla normativa vigente in ambito sanitario

Questa linea di attività è stata avviata nel 2010 ed è trasversale alle precedenti, in quanto specificamente dedicata al trasferimento delle metodologie sviluppate e sperimentate in ambito SiVeAS, nelle procedure di valutazione in campo sanitario previste dalla normativa vigente.

Nell'ambito di tale linea di attività sono state attivate azioni finalizzate al trasferimento di prodotti SiVeAS già disponibili, ovvero alla definizione di "studi di fattibilità" per i prodotti già realizzati nelle precedenti ricerche che ne valuti l'opportunità e le modalità di trasferimento.

Tale linea di attività è dedicata all'avvio di una fase di utilizzo sperimentale dei modelli di valutazione dei SSR e delle singole Aziende Sanitarie, nonché allo sviluppo e alla sperimentazione di una metodologia adeguata per l'applicazione del D.Lgs. 150/2009 in ambito sanitario, allo svolgimento di un'analisi dei sistemi di valutazione della performance organizzativa e individuale e alla definizione di un modello metodologico per la valutazione dei costi assistenziali delle patologie croniche ad alto costo.

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito <http://www.salute.gov.it>.

7.2. Piani di Rientro

7.2.1. Introduzione

Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 in attuazione dell'art. 1, comma 173, della Legge Finanziaria 311 del 2004, è stato previsto il rispetto, da parte delle Regio-

ni, di una serie di adempimenti organizzativi e gestionali, anche di contenimento della spesa, con l'obbligo di garantire l'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario. Per le Regioni risultate inadempienti è stata prevista la possibilità di sottoscrivere

un accordo finalizzato a impostare un Piano di Rientro dal disavanzo della spesa sanitaria con lo Stato, subordinando ai risultati acconto e saldo finale del maggiore finanziamento. L'accordo diventava obbligatorio per quelle Regioni in cui risultava la presenza di un disavanzo per l'anno 2005 superiore al 7% (al netto di arretrati contrattuali) in base alle verifiche delle certificazioni del Conto Economico (CE). Le prime Regioni che hanno sottoscritto l'accordo, negli anni 2007-2008, sono state l'Abruzzo, la Campania, la Liguria, il Lazio, il Molise, la Sardegna e la Sicilia. Sono seguite nel 2009-2010 la Calabria, il Piemonte e la Puglia (Tabella 7.1).

Il quadro delle inadempienze e delle conseguenti criticità, caratterizzanti la situazione delle Regioni che hanno sottoscritto il Piano di Rientro, appariva sostanzialmente omogeneo: mancata riorganizzazione dell'offerta ospedaliera e mancato rispetto degli standard dei posti letto acuti e postacuti; assoluta carenza di strutture territoriali sia come sedi e servizi distrettuali sia come offerta residenziale e semiresidenziale; ritardo negli accordi collettivi nazionali e nei contratti con il privato accreditato e mancata regolamentazione dei rapporti con quest'ultimo; mancanza di controlli sulla spesa farmaceutica; ritardi nell'organizzazione aziendale e nei flussi informativi necessari a esercitare il

controllo della spesa, oltre che a conoscere volumi e tipologia delle prestazioni a livello sia di domanda sia di offerta.

I Piani, parte integrante dei singoli Accordi fra lo Stato e le Regioni, si configurano come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che, attraverso una profonda riorganizzazione del SSR, agendo, cioè, sulle cause strutturali del disavanzo, siano capaci di incidere sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle suddette Regioni ristabilendo l'equilibrio economico-finanziario del settore, nel rispetto dei LEA e di una nuova attenzione ai temi dell'appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate sia direttamente sia attraverso il sistema privato accreditato. Il rapporto con lo Stato è stato impostato, fin dall'inizio, in una logica non di controllo, ma di collaborazione e affiancamento. Resta in capo alle Regioni l'intera competenza e responsabilità istituzionale.

La Legge Finanziaria del 2005, in tema di affiancamento, ha previsto che esso debba essere assicurato dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, nell'ambito del SiVeAS. L'affiancamento prevede anche il monitoraggio dei provvedimenti che le Regioni intendono assumere o hanno assunto, della loro attuazione, dei risultati. Si aggiungono, inoltre, il supporto dell'AgeNaS e la possibi-

Tabella 7.1. Piani di rientro – Gli accordi

Regione	Data stipula	Delibera di approvazione del Piano di Rientro
Lazio	28 febbraio 2007	DGR 149 del 6 marzo 2007
Abruzzo	6 marzo 2007	DGR 224 del 13 marzo 2007
Liguria	6 marzo 2007	DGR 243 del 9 marzo 2007
Campania	13 marzo 2007	DGR 460 del 20 marzo 2007
Molise	27 marzo 2007	DGR 362 del 30 marzo 2007
Sicilia	31 luglio 2007	DGR 312 del 1 agosto 2007
Sardegna	31 luglio 2007	DGR 30/33 del 2 agosto 2007
Calabria	17 dicembre 2009	DGR 908/09 del 23 dicembre 2009
Piemonte	29 luglio 2010	DGR 1-415 del 2 agosto 2010
Puglia	29 novembre 2010	DGR 2624 del 30 novembre 2010

le attivazione di una partnership da parte di una delle Regioni cosiddette “virtuose” e il supporto di una società di advising.

L’attuazione dei Piani di Rientro ha registrato, al suo avvio, maggiori difficoltà di quanto le Regioni interessate potessero prevedere. Lo schema generale di piano concordato tra Ministeri e Regioni ha portato queste ultime a elaborare obiettivi generali e specifici diretti a eliminare nel triennio tutte le criticità presenti, con l’utilizzazione di modelli di ristrutturazione del sistema che hanno spesso sottovalutato la rilevanza dei singoli territori, nella loro specificità, i ritardi culturali, gli interessi in gioco, il consenso sociale, come pure i tempi comunque necessari a introdurre e perfezionare flussi informativi o interventi di razionalizzazione che presupponevano una nuova cultura programmatica ed economica. A livello ministeriale è sempre stata presente una consapevolezza dei livelli di “astrazione” degli obiettivi generali, come venivano configurati, ma lo scopo era quello di impegnare le Regioni in uno sforzo di rinnovamento dove lo strumento Piano di Rientro costituisse punto di partenza in grado di fornire una maggiore e più concreta consapevolezza del disegno da realizzare, delle fasi di attuazione, delle strategie da porre in essere.

I primi anni hanno visto uno sforzo diretto a ridurre il debito attraverso interventi di contenimento della spesa, operando su sprechi, modelli di gestione e inappropriata, senza, tuttavia, intervenire adeguatamente sulle cause strutturali che hanno prodotto il disavanzo. Iniziative strutturali avviate (es. la riorganizzazione degli ospedali) hanno teso formalmente a documentare il conseguimento di standard e risultati programmati, mantenendosi all’interno di vecchi modelli di organizzazione, con la rinuncia a cogliere l’occasione per nuove e più moderne scelte strategiche. Ne è conseguito anche un risultato modesto in termini di riduzione dei disavanzi.

È su questa base che si spiegano i successivi interventi del Governo, che hanno portato al commissariamento di alcune Regioni, nell’intento di superare resistenze politiche

e burocratiche e di rilancio dei programmi anche attraverso una proroga dei tempi (Tabella 7.2).

Con il “Patto per la Salute” sancito con Intesa Stato-Regioni e Province Autonome (PA) del 3 dicembre 2009 e successivamente recepito nella Legge Finanziaria 191 del 2009, è stata data facoltà alle Regioni di redigere Programmi Operativi per la prosecuzione dei Piani di Rientro per gli anni 2010 e successivi 2011-2012 (Tabella 7.3). Si registra, attualmente, un’accelerazione degli interventi, anche strutturali, da parte delle Regioni che hanno attivato i nuovi Programmi Operativi, pertanto si può guardare con maggiore ottimismo alla riproposizione dei progetti di cambiamento, essendosi avviato un processo che ha portato a un rafforzamento della struttura regionale nelle sue competenze e capacità programmatiche, gestionali e di controllo, nonché degli strumenti a disposizione, a una diffusione di modelli culturali più avanzati, grazie anche al confronto con le altre Regioni. Sono di recente approvazione i nuovi piani

Tabella 7.2. Commissariamenti

Regione	Delibera del Consiglio dei Ministri
Lazio	DPCM 11 luglio 2008
Abruzzo	DPCM 23 settembre 2008
Campania	DPCM 28 luglio 2009
Molise	DPCM 28 luglio 2009
Calabria	DPCM 30 luglio 2010

Tabella 7.3. Regioni che hanno presentato il Programma Operativo 2010-2012

Regione	Programma Operativo
Abruzzo	Programma Operativo 2011-2012
Campania	Programma Operativo 2011-2012 (Schema di Decreto)
Lazio	Programmi Operativi 2011-2012
Molise	Programma Operativo 2011-2012
Sicilia	Programma Operativo 2010-2012 (DA 3254/2010)

sanitari, i nuovi piani ospedalieri, lo sviluppo delle centrali regionali di acquisto, i nuovi modelli di organizzazione dell'emergenza territoriale, l'attenzione al sistema informativo, lo sviluppo dei controlli sulla qualità e appropriatezza delle prestazioni. Il richiamo al realismo nell'individuazione degli interventi, dei limiti anche culturali degli stessi e delle loro scadenze temporali, a corretti processi di valutazione degli effetti economici delle azioni proposte e intraprese, nonché le sollecitazioni a fronte dei ritardi nei tempi di attuazione programmati hanno visto l'impegno permanente del Ministero e delle altre componenti del SiVeAS.

A partire dal 2007 sino al 15 marzo 2011, il Tavolo tecnico di affiancamento ha effettuato 143 riunioni di verifica dell'attuazione dei Piani di Rientro con le Regioni interessate (Figura 7.1).

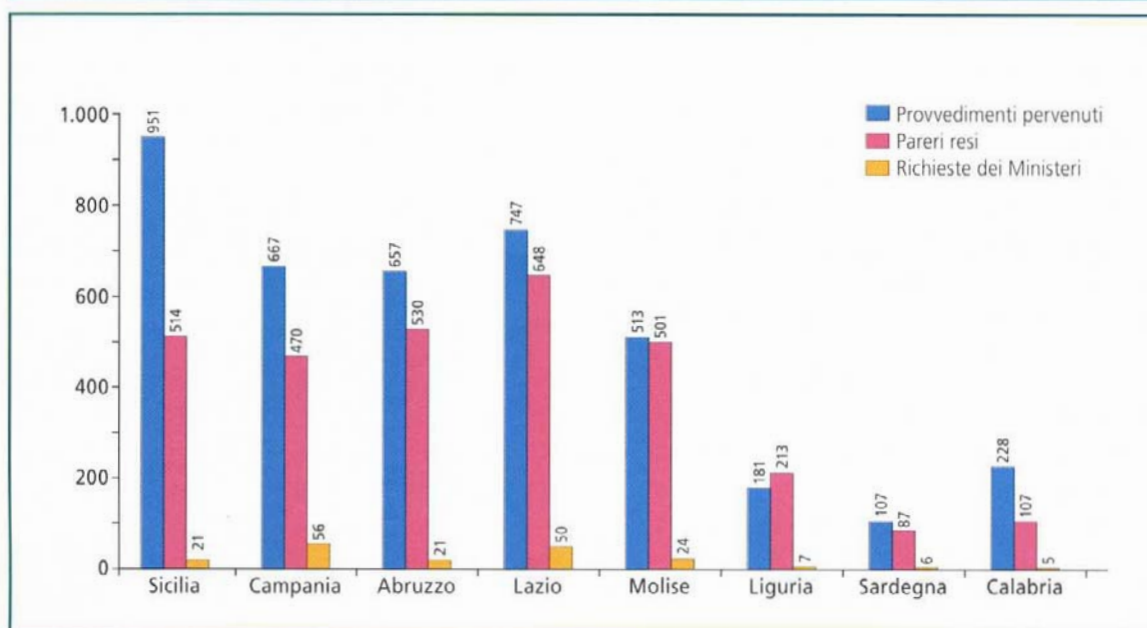
Il SiVeAS svolge tre tipi di monitoraggio:

- il monitoraggio formale consiste nella verifica dell'avvenuta adozione dei provvedimenti previsti dal Piano di Rientro. Tale tipologia di monitoraggio ha evidentemente costituito, per la sua importanza ed estrema complessità e onerosità organizzativa-gestionale, la prima attività sulla quale si sono concentrati gli impegni attuativi a livello centrale. Allo scopo di

poter gestire unitamente alle Regioni il notevole flusso documentale di provvedimenti in attuazione dei Piani da approvarsi preventivamente da parte del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, è stato sviluppato e reso operativo un complesso sistema di *work flow* documentale finalizzato a supportare la gestione delle attività connesse alla funzione di preventiva approvazione dei provvedimenti regionali attuativi dei Piani di Rientro. Dal punto di vista organizzativo sono state identificate le seguenti macroaree di monitoraggio: Assistenza ospedaliera, Assistenza sociosanitaria, Assistenza farmaceutica, Specialistica ambulatoriale, Offerta Privata e Accreditamento, Acquisto di beni e servizi, Gestione del Personale, Edilizia sanitaria, Aspetti finanziari;

- per il monitoraggio di sistema sono stati attivati dei Gruppi di Lavoro che coinvolgono professionalità appartenenti a diversi Uffici della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria e della Direzione Generale dei Sistemi Informativi, nonché esperti SiVeAS. L'obiettivo è sviluppare metodologie volte alla valutazione dell'impatto delle azioni poste in essere a livello regionale in coerenza con gli

Figura 7.1. Attività documentale connessa alle Regioni in Piano di Rientro (Anni 2007-2010).



- impegni previsti nel Piano di Rientro. Nello specifico, ci si è concentrati su: assistenza ospedaliera; personale; assistenza extraospedaliera; emergenza-urgenza;
- nel monitoraggio di attuazione sono stati in particolare affrontati i seguenti aspetti.

Riorganizzazione della diagnostica di laboratorio. L'affiancamento si è proposto di seguire il processo di governo degli interventi regionali di attuazione della Riorganizzazione della Diagnostica di Laboratorio. Nel 2010, in linea con la necessità di riorganizzazione già individuata nella Legge Finanziaria del 2007 sono state predisposte dal Ministero della Salute, in collaborazione con AgeNaS, le nuove “Linee di indirizzo per la riorganizzazione dei Servizi di medicina di laboratorio nel Servizio Sanitario Nazionale” che riprendono quanto già predisposto nelle Linee guida del 2008. Le Regioni sono state invitate a raggiungere gli obiettivi strutturando una rete integrata di laboratori e centri prelievo sull'intero territorio regionale distribuito tra Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, con lo scopo di garantire un servizio migliore ai cittadini presenti sul territorio, in particolare attraverso l'eliminazione della duplicazione dei servizi ad alto investimento tecnologico, il raggiungimento del volume critico di prestazioni necessario a sostenere gli investimenti e la garanzia della flessibilità necessaria del servizio dal punto di vista operativo.

Affiancamento attività sociosanitarie integrate: Punto Unico di Accesso (PUA). La specifica attività di affiancamento è stata avviata nell'aprile 2009 dal Ministero in collaborazione con AgeNaS, al fine di monitorare e sostenere l'attuazione dei Punti Unici di Accesso nelle singole Regioni. Nel

suo complesso il gruppo di lavoro ha svolto le seguenti attività:

- analisi dei Piani di Rientro per individuare gli obiettivi volti all'implementazione dei Punti Unici di Accesso e delle Schede di Valutazione Multidimensionale;
- analisi dei provvedimenti predisposti dalle Regioni in Piano di Rientro nell'ambito degli obiettivi suddetti;
- incontri con le Regioni, per il monitoraggio del rispetto degli impegni presi relativamente all'implementazione dei Punti Unici di Accesso e delle Schede di Valutazione Multidimensionale.

Contenzioso delle Regioni in Piano di Rientro. Le Regioni interessate ai Piani di Rientro, negli anni 2007-2009, sono state coinvolte in un ampio contenzioso (tuttora in corso) promosso in particolare da strutture private accreditate, Enti ecclesiastici gestori di ospedali classificati, Enti esponenziali di interessi collettivi (associazioni di cittadini ecc.), contro provvedimenti regionali assunti in attuazione dei rispettivi Piani di Rientro.

Queste le materie principali su cui verte il suddetto contenzioso: tariffe (e relativi sconti) delle prestazioni sanitarie a carico del SSR; mobilità extraregionale; accordi contrattuali ex art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/1009 e s.i.m.; tetti di spesa e budget individuali assegnati alle strutture private accreditate; riorganizzazione della rete ospedaliera e connessa riconversione delle strutture ospedaliere pubbliche; accreditamento istituzionale.

Molise, Campania, Lazio e Sicilia sono le Regioni in Piano di Rientro maggiormente coinvolte dal contenzioso in esame.

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito <http://www.salute.gov.it>.

7.3. Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza

7.3.1. Introduzione

Il monitoraggio dei LEA per verificare il

raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal SSN nelle singole Regioni viene effettuato attraverso il “Si-

stema di Garanzia” istituito con il D.Lgs. 56/2000, e la “Verifica Adempimenti”, effettuato a cura del Comitato permanente per la verifica dei LEA in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse.

Il Sistema di Garanzia ha dato seguito al Decreto Ministeriale 12 dicembre 2001, che prevede la raccolta, l'elaborazione e la pubblicazione di un set di indicatori rilevanti ai fini del suddetto monitoraggio.

Lo stesso DM 12 dicembre 2001, all'art. 9, stabilisce che il sistema di indicatori venga revisionato e aggiornato periodicamente per tenere conto dell'evoluzione dell'assistenza sanitaria e della disponibilità di informazioni correlate. In tal senso, a fine 2007 è stato istituito un gruppo di lavoro misto al quale partecipano rappresentanti dei Ministeri della Salute, dell'Economia e Finanze e dell'Istat, rappresentanti delle Regioni, esperti e centri di collaborazione del SiVeAS.

L'altro strumento di valutazione previsto nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è rappresentato dalla “Verifica Adempimenti” a cura del Comitato LEA. In particolare, la certificazione dell'adempimento relativo all'area “mantenimento nell'erogazione dei LEA” ha una valutazione sintetica che tenta di dare una panoramica complessiva dell'effettiva erogazione dei livelli di assistenza su tutto il territorio nazionale e che l'erogazione avvenga con efficienza e appropriatezza. A tal fine è stato definito un set di indicatori (Griglia LEA) per i diversi settori dell'assistenza.

7.3.2. Strumenti di monitoraggio

Il monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni sul territorio nazionale avviene attraverso una serie di informazioni che, raccolte e opportunamente elaborate e rappresentate sotto forma di indicatori, consentono di leggere importanti aspetti dell'assistenza sanitaria, inclusi quelli di qualità, appropriatezza e costo. Lo strumento proposto è costituito da un sistema articolato di indicatori (di input, out-

put, processo e, laddove possibile, outcome) che consente, mediante la descrizione, il confronto e l'eventuale parametrizzazione rispetto a valori obiettivo e a soglie e/o intervalli di accettabilità/non accettabilità, il monitoraggio dell'erogazione dei livelli di assistenza garantiti dal SSN ai cittadini italiani nei diversi contesti regionali.

Dal 2001 la pubblicazione dei risultati del monitoraggio avviene attraverso un rapporto nazionale ad ampia diffusione, a cadenza periodica annuale, disponibile sul sito del Ministero della Salute alla pagina http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1072_allegato.pdf.

Il gruppo di lavoro istituito per la revisione del sistema indicatori di monitoraggio dei LEA, come previsto dall'art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, ha condiviso lo schema concettuale del nuovo sistema di garanzia, basato su un sistema di indicatori modulare, ossia articolato su due livelli: nel primo livello vi sono gli indicatori relativi a fenomeni e a dimensioni fondamentali, rispetto ai quali il sistema segnala le criticità macroscopiche, ovvero gli scostamenti rilevanti rispetto a valori obiettivo predeterminati (valori soglia o di riferimento minimi di allarme) e prevede eventuali decisioni di intervento da parte degli organi competenti, centrali e regionali. Gli indicatori selezionati per il primo livello hanno grande rilevanza per tematica trattata oppure segnalano aspetti critici sui quali esprimere particolare attenzione. Per esempio, sono stati individuati, per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, l'indicatore “Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto”, per l'assistenza distrettuale, l'indicatore “Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)”, mentre per l'assistenza ospedaliera l'indicatore “Adeguatezza dell'offerta per servizi ospedalieri di base”.

Nel secondo livello, rientrano gli indicatori che consentono una confrontabilità inter-regionale e internazionale significativa,

orientata all'evidenziazione di eventuali situazioni di disallineamento rilevante, rispetto alle quali promuovere adeguati approfondimenti analitico-valutativi. Gli indicatori di secondo livello sono in corso di sperimentazione.

L'altro sistema di monitoraggio è costituito dal set di indicatori utilizzato per la verifica sintetica dell'adempimento sul "mantenimento dei LEA". Il comma 2 dell'art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 stabilisce di utilizzare, nella fase che precede l'istituzione del Nuovo Sistema di Garanzia, l'apposito set di indicatori, già approvato per l'anno 2007 dal Comitato permanente per la verifica dei LEA di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che, annualmente aggiornato dallo stesso Comitato, incorpora l'apparato valutativo utilizzato per la verifica degli aspetti di propria competenza nell'ambito della verifica annuale degli adempimenti.

Gli indicatori vengono selezionati dai componenti del Comitato LEA con il fine di sintetizzare l'erogazione dei livelli di assistenza sul territorio nazionale ed evidenziare le criticità. La selezione degli indicatori riflette, da un lato, la ripartizione delle risorse del SSN tra i livelli di assistenza e, dall'altro, le maggiori indicazioni politico-programmatiche.

Annualmente il set di indicatori è soggetto a revisione da parte di un gruppo di esperti che, sulla base di provvedimenti, documenti programmatici istituzionali nazionali e internazionali, progetti di ricerca sanitaria, nonché esperienza degli anni precedenti, lavora al fine di aggiornarli.

Il gruppo di esperti si compone di tecnici operanti sui tre livelli di assistenza che valutano l'affidabilità, la significatività e la rilevanza dei singoli indicatori e ne decidono l'eventuale conferma, modifica o sostituzione da un anno all'altro.

Inoltre, il panel di esperti affronta anche le problematiche di calcolo, le fonti e i flussi informativi a disposizione e i risultati delle sperimentazioni condotte. Il processo si conclude con la definizione di un modello che include per ogni indicatore le soglie di punteggio e i pesi.

La proposta è validata dai componenti del Comitato LEA che l'approvano in apposita seduta prima dell'elaborazione dei risultati.

Nella *Tabella 7.4* sono riportati gli indicatori utilizzati e il relativo significato.

Nella fase istruttoria, la metodologia di valutazione complessiva comprende, come detto in precedenza, un sistema di pesi e assegna dei punteggi rispetto al livello raggiunto dalla Regione nei confronti di standard nazionali.

Nella *Tabella 7.5* vengono presentati i risultati conseguiti dalle Regioni in seguito alla verifica degli adempimenti LEA 2009 più dettagliatamente rappresentati nella pubblicazione disponibile sul sito del Ministero della Salute alla pagina http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1475_allegato.pdf.

Nel corso della verifica adempimenti 2009, le Regioni appartenenti all'area Centro-Settentrionale, Lazio escluso, sono risultate adempienti rispetto all'erogazione dei LEA. Nell'area dell'"adempienza con impegno" si collocano quelle Regioni (Basilicata, Sardegna e Puglia) che, pur raggiungendo un livello di punteggio intermedio, nell'anno di verifica successiva dovranno dimostrare di avere assolto agli impegni individuati sulla base delle criticità riscontrate.

Rimane critica la situazione delle Regioni Meridionali e del Lazio, che non raggiungono il punteggio minimo e sono considerate inadempienti. Per tali Regioni lo sblocco della situazione di inadempienza è strettamente legato allo sviluppo del Piano di Rientro, in particolare per gli aspetti di criticità individuati.

La Griglia LEA si propone, quindi, come un valido strumento capace di individuare per le singole realtà regionali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione LEA e dall'altro canto ne evidenziano i punti di forza.

L'aggiornamento annuale del set di indicatori rende flessibile la griglia, in grado di adattarsi ai nuovi indirizzi politici-programmatici e di intercettare aspetti via via più rilevanti per quanto concerne l'erogazione dei LEA.

Tabella 7.4. Griglia LEA (Anno 2009)

N.	Livello di assistenza	Definizione	Significato
1	Prevenzione	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)	Principale indicatore di verifica delle attività di prevenzione sulla popolazione. L'indicatore si distingue per le vaccinazioni obbligatorie e per quelle raccomandate (morbillo, parotite, rosolia, nell'infanzia e influenza nell'anziano)
		Vaccinazioni raccomandate (MPR, influenza nell'anziano)	
2	Prevenzione	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon-retto	L'obiettivo dell'indicatore è descrivere le attività e la qualità dei programmi organizzati di screening. Si vuole fornire una valutazione complessiva del rispetto del LEA per tutti e tre i programmi di screening
3	Prevenzione	Costo procapite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	Indicatore sintetico delle risorse dedicate dalla Regione alle attività di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro
4	Prevenzione Tutela nei luoghi di lavoro	Percentuale di imprese attive sul territorio controllate	Indicatore stabilito nel Patto per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro (DPCM 17/12/2007) che riflette le attività di controllo condotte dai servizi del Dipartimento della prevenzione delle ASL per la tutela della salute dei luoghi di lavoro
5	Prevenzione Sanità animale	Percentuale di allevamenti controllati per: - TBC bovina - brucellosi ovicaprina, bovina bufalina - allevamenti ovicapri controllati (3%) per ANAGRAFE OVICAPRINA	Indicatori finalizzati a descrivere alcuni aspetti di sanità animale che impattano in modo rilevante sulla salute dei cittadini
6	Prevenzione Salute degli alimenti	Percentuale di campionamenti negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	L'indicatore riporta elementi desumibili dagli artt 5 e 6 DPR 14/07/95 (verifica mediante "modello" A DM 08/10/98)
		Percentuale di campioni analizzati sul totale dei campioni programmati	Piano Nazionale Residui (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - D.Lgs. n.158/06
7	Distrettuale	Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/ patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO (Indice pesato per fasce d'età)	Indicatore ospedaliero indiretto che valuta l'inefficacia dei servizi di prevenzione e specialistici dedicate alla cura di alcune patologie
8	Distrettuale Anziani	Percentuali di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	Indicatori sull'utilizzo di servizi dedicati agli anziani, nello specifico l'assistenza domiciliare integrata e le strutture residenziali. Tiene conto delle diverse modalità organizzative presenti nelle Regioni italiane
		Percentuali di anziani ≥ 75 anni trattati in ADI	
		Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in strutture residenziali	
		Percentuale di anziani ≥ 75 anni trattati in strutture residenziali	
9	Distrettuale Anziani	Numero di posti in strutture residenziali per 1.000 anziani (≥ 65 anni)	Indicatore di offerta della residenzialità territoriale rispetto alla popolazione anziana
		Numero di posti in strutture residenziali per 1.000 anziani (≥ 75 anni)	
10	Distrettuale Disabili	Posti residenziali e semiresidenziali negli istituti e centri di riabilitazione per disabili per 1.000 abitanti	Indicatore di offerta per l'attività riabilitativa residenziale e semiresidenziale
11	Distrettuale Malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	Indicatore di offerta per l'assistenza residenziale dei pazienti terminali. È rapportato alla popolazione che prevalentemente necessita di tali cure
12	Distrettuale Farmaceutica	Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	Indicatore di controllo del costo dell'assistenza farmaceutica sostenuto sia attraverso le farmacie territoriali sia attraverso la distribuzione diretta
13	Distrettuale Specialistica	Numero prestazioni specialistiche extraospedaliere di ecografia per 10 abitanti	Indicatore di attività specialistica basato sul numero di prestazioni di ecografia erogate rispetto alla popolazione. Tiene conto dell'eventuale mancanza di garanzia del livello di assistenza che dell'eventuale spreco di risorse dovuto a inappropriatezza

Tabella 7.4. (Continua)

N.	Livello di assistenza	Definizione	Significato
14	Distrettuale Salute mentale	Utenti in carico nei centri di salute mentale per 100.000 abitanti	Indicatore di attività dell'assistenza sanitaria rivolta ai pazienti in carico nei centri di salute mentale
15	Ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 Numero medio di accessi in ricovero diurno di tipo medico (Tasso di ricoveri diagnostici in day-hospital)	Indicatori di domanda ospedaliera
16	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	Indicatore di attività dell'assistenza ospedaliera. Verifica l'utilizzo appropriato della struttura ospedaliera dedicata prevalentemente all'attività chirurgica
17	Ospedaliera	Tasso ospedalizzazione di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza del DPCM 29 novembre 2001 all. 2C	Indicatore di inappropriatezza del setting assistenziale. Si basa sull'elenco dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime ordinario di cui all'all. 2C del DPCM 29 novembre 2001
18	Ospedaliera	Percentuale parti cesarei	Indicatore dell'inappropriata erogazione di parti cesarei in Italia, soprattutto in alcune realtà regionali
19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario (sono esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti)	L'indicatore è inserito fra gli indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera selezionati dall'OCSE per i confronti. Valuta la presa in carico dell'organizzazione sanitaria e il tempo di risposta della stessa al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore
20	Ospedaliera	Degenza media trimmata standardizzata per case-mix	Indicatore di efficienza delle strutture ospedaliere. Tiene conto del case-mix trattato
21	Emergenza	Percentuale di interventi a massima priorità (ALS) in area urbana per un anno	Indicatore innovativo di funzionalità e rapidità dell'organizzazione sanitaria deputata all'emergenza territoriale

Fonte: Comitato LEA – Anno 2009.

Tabella 7.5. Risultati Adempimenti LEA (Anno 2009)

Valutazione	Regione	Impegno
Adempiente	Emilia Romagna	
	Lombardia	
	Toscana	
	Marche	
	Piemonte	
	Umbria	
	Veneto	
	Liguria	
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Basilicata	*Impegni 2010: 18 - Percentuale parti cesarei < 44%
	Sardegna	*Impegni 2010: migliorare le risorse finanziarie dedicate all'assistenza farmaceutica e attuare azioni di potenziamento della prevenzione secondaria (es. programmi di screening)
	Puglia	*Impegni 2010: 18 - Percentuale parti cesarei < 45%
Critica	Molise	Rinvio al Piano di Rientro per l'obiettivo relativo all'assistenza residenziale e alla riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata.
	Abruzzo	Rinvio al Piano di Rientro per l'obiettivo relativo all'assistenza farmaceutica, all'assistenza agli anziani e per gli hospice
	Sicilia	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi all'assistenza territoriale e domiciliare degli anziani, alla spesa farmaceutica e alla riduzione dell'assistenza ospedaliera
	Campania	Rinvio al Piano di Rientro per aspetti di assistenza territoriale e di assistenza ospedaliera
	Lazio	Rinvio al Piano di Rientro per aspetti relativi al recupero di efficienza e appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e al contenimento della spesa farmaceutica
	Calabria	Rinvio al Piano di Rientro per aspetti di assistenza territoriale e di assistenza ospedaliera

Fonte: Comitato LEA – Anno 2009.