

Ciascuna richiesta non può superare l'intero importo offerto nel collocamento supplementare; eventuali richieste di ammontare superiore sono accettate fino al limite dell'importo offerto nel collocamento supplementare stesso.

Le richieste di importo non multiplo dell'importo minimo sottoscrivibile di cui all'art. 5 vengono arrotondate per difetto.

Eventuali offerte che presentino l'indicazione di titoli di scambio da versare in regolamento dei titoli in emissione non verranno prese in considerazione.

#### Art. 16.

L'importo spettante di diritto a ciascuno specialista nel collocamento supplementare è così determinato:

*a)* per un importo di norma pari al 5% dell'ammontare nominale offerto nell'asta ordinaria, è pari al rapporto fra il valore dei titoli di cui lo specialista è risultato aggiudicatario nelle ultime tre aste ordinarie dei BOT annuali, ivi compresa quella ordinaria immediatamente precedente alla riapertura stessa, e il totale assegnato nelle medesime aste agli stessi specialisti ammessi a partecipare al collocamento supplementare; non concorrono alla determinazione dell'importo spettante a ciascuno specialista gli importi assegnati secondo le modalità di cui all'art. 2 del presente decreto;

*b)* per un importo ulteriore pari al 5% dell'ammontare nominale offerto nell'asta ordinaria, è attribuito in base alla valutazione, effettuata dal Tesoro, della *performance* relativa agli specialisti medesimi, rilevata trimestralmente sulle sedi di negoziazione all'ingrosso selezionate ai sensi dell'art. 23, commi 10, 11, 13 e 14, e dell'art. 28, comma 2, del decreto ministeriale n. 216 del 22 dicembre 2009 citato nelle premesse; tale valutazione viene comunicata alla Banca d'Italia e agli specialisti stessi.

L'importo di cui alla precedente lettera *a)*, di norma pari al 5% dell'ammontare nominale offerto nell'asta ordinaria, può essere modificato dal Tesoro con un comunicato stampa successivo alla chiusura della procedura d'asta ordinaria.

Le richieste sono soddisfatte assegnando prioritariamente a ciascuno specialista il minore tra l'importo richiesto e quello spettante di diritto. Qualora uno o più specialisti dovessero presentare richieste inferiori a quelle loro spettanti di diritto, ovvero non abbiano effettuato alcuna richiesta, la differenza viene assegnata agli operatori che abbiano presentato richieste superiori a quelle spettanti di diritto. L'assegnazione viene effettuata in base alle quote di cui alle precedenti lettere *a)* e *b)*.

Il regolamento dei titoli sottoscritti nel collocamento supplementare viene effettuato dagli operatori assegnati nello stesso giorno di regolamento dei titoli assegnati nell'asta ordinaria indicato nell'art. 1, comma 1 del presente decreto.

#### Art. 17.

L'ammontare degli interessi derivanti dai BOT è corrisposto anticipatamente ed è determinato, ai soli fini fiscali, con riferimento al prezzo medio ponderato — espresso con arrotondamento al terzo decimale — corrispondente al rendimento medio ponderato della prima *tranche*.

Ferme restando le disposizioni vigenti relative alle esenzioni fiscali in materia di debito pubblico, ai BOT emessi con il presente decreto si applicano le disposizioni di cui al decreto legislativo 1° aprile 1996, n. 239, e successive modifiche ed integrazioni e al decreto legislativo 21 novembre 1997, n. 461, e successive modifiche ed integrazioni.

Il presente decreto verrà inviato all'Ufficio centrale del bilancio e sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 11 giugno 2019

*p. Il direttore generale del Tesoro:* IACOVONI

19A03900

## MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 12 marzo 2019.

**Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.**

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

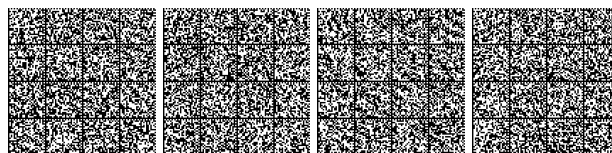
IL MINISTRO DELL'ECONOMIA  
E DELLE FINANZE

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, recante: «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421»;

Visto il decreto del Ministro della salute del 24 luglio 1995, recante: «Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e qualità nel Servizio sanitario nazionale», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 10 novembre 1995, n. 263;

Visto il decreto del Ministro della salute del 15 ottobre 1996, recante: «Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione, l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 18 gennaio 1997, n. 14;

Visto l'art. 28, comma 10, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, che introduce la procedura per la definizione degli indicatori e dei parametri concernenti gli aspetti strutturali ed organizzativi dei sistemi sanitari regionali ed i livelli di spesa;



Visto il decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, recante «Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'art. 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133», ed in particolare l'art. 9 che introduce le procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria effettivamente erogata in ogni regione e provincia autonoma, che si sostanziano nel «sistema di garanzie», che, ai sensi del comma 2, comprende:

a) un insieme minimo di indicatori e parametri di riferimento, relativi a elementi rilevanti ai fini del monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché dei vincoli di bilancio delle regioni a statuto ordinario, anche tenuto conto di quanto previsto dall'art. 28, comma 10, della legge 23 dicembre 1998, n. 448;

b) le regole e le convenzioni per la rilevazione, la validazione e l'elaborazione delle informazioni e dei dati statistici necessari per l'applicazione del sistema di cui alla lettera a);

c) le procedure per la pubblicizzazione periodica dei risultati dell'attività di monitoraggio e per l'individuazione delle regioni che non rispettano o non convergono verso i parametri di cui alla lettera a), anche prevedendo limiti di accettabilità entro intervalli di oscillazione dei valori di riferimento;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* dell'8 febbraio 2002, n. 33, recante: «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» e successive modifiche e/o integrazioni;

Visto il decreto del Ministro della salute emanato, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, in data 12 dicembre 2001, recante: «Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 9 febbraio 2002, n. 34;

Visti gli articoli 1 e 9 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 23 marzo 2005, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del 7 maggio 2005, n. 105;

Visto il decreto del Ministro della salute del 21 novembre 2005, con il quale è stato istituito il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza i cui compiti ed attività sono declinati nel relativo regolamento, approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (allegato A - rep. atti n. 18/CSR del 10 febbraio 2011), in particolare agli articoli 1 e 3;

Visto l'art. 79 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante: «Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria» secondo il quale «Restano fermi gli adempimenti regionali previsti dalla legislazione vigente, nonché quelli derivanti dagli accordi e dalle intese intervenute fra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano», convertito con legge 6 agosto 2008, n. 133;

Visto l'art. 10 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (repertorio n. 243/CSR), nella seduta del 3 dicembre 2009, adottata ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 il quale, tra l'altro, stabilisce:

di aggiornare il provvedimento relativo al sistema di indicatori di garanzia dei livelli essenziali di assistenza;

di utilizzare, nella fase transitoria, l'apposito set di indicatori, già approvato per l'anno 2007 dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, di seguito Comitato LEA, 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;

Vista la legge del 23 dicembre 2009, n. 191, recante: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato», ed in particolare l'art. 2, comma 68, che subordina l'erogazione della quota di finanziamento ulteriore, rispetto a quella dovuta a titolo di finanziamento ordinario, alla verifica degli adempimenti regionali;

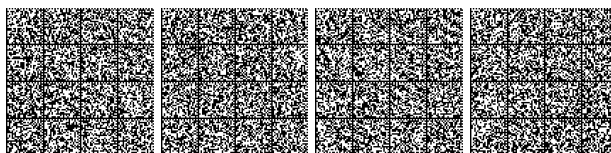
Visto l'art. 1, comma 8, dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (repertorio n. 82/CSR), nella seduta del 10 luglio 2014, adottata ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, il quale, stabilisce che: «Il Ministro della salute, in attuazione dell'art. 30 del decreto legislativo n. 68 del 2011 presenta alla Conferenza Stato-regioni, per la prevista Intesa, entro il 31 dicembre 2014, un documento di proposte per implementare un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale ai fini del monitoraggio costante dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi, nonché degli adempimenti di cui all'art. 27, comma 11 del decreto legislativo n. 68/2011»;

Visto l'art. 10 della suddetta intesa, ed in particolare i commi 2, 3 e 7, secondo cui:

2. Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, istituito ai sensi dell'art. 9 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, assicura il supporto, per quanto di competenza, al Ministro della salute nell'ambito delle attività di indirizzo e di coordinamento inerenti il monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi sanitari regionali;

3. Il Comitato, per lo svolgimento dei compiti affidati, utilizza il sistema di garanzie per il raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 9 del decreto legislativo n. 56/2000. Le attività del comitato sono svolte avvalendosi degli strumenti e degli esiti delle attività del nuovo sistema informativo sanitario e con il supporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;

7. Con il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, da adottarsi entro il 31 dicembre 2014, si provvede all'aggiornamento del decreto del 12 dicembre 2001, di cui all'art. 9, comma 1



del decreto legislativo n. 56/2000 e all'approvazione della metodologia di monitoraggio del sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 18 marzo 2017, n. 65, recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza» e successive modifiche e/o integrazioni;

Considerato che presso il Ministero della salute è stato costituito un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti delle amministrazioni centrali e regionali, enti di ricerca, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ed esperti, che ha svolto attività preliminari istruttorie sulla cui base è emesso il presente decreto;

Ritenuto pertanto di dover adeguare il sistema di garanzie, di cui al decreto ministeriale del 12 dicembre 2001, e contestualmente procedere all'approvazione della metodologia di monitoraggio del suddetto «sistema di garanzia», coerente con l'evoluzione nel frattempo intervenuta, in applicazione dell'art. 9, comma 2, del decreto legislativo n. 56/2000;

Ritenuto altresì, in un'ottica di razionalizzazione e di semplificazione dei sistemi implementati nel tempo per il monitoraggio e la verifica dello stato di erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di ricomprendere nel sistema di garanzia, di cui al presente decreto, anche le metodologie di verifica e revisione previste dagli articoli 10, comma 1, e 14 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche e/o integrazioni, nonché il sistema di qualità di cui all'art. 1, comma 8, del Patto per la salute 2014-2016;

Visto il parere positivo espresso dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza da ultimo nella seduta del 4 maggio 2018;

Acquisita l'Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 13 dicembre 2018 (repertorio n. 236/CSR);

Decreta:

Art. 1.

#### *Finalità del sistema di garanzia*

1. Il sistema di garanzia di cui all'art. 9 del decreto legislativo n. 56/2000 si configura come un sistema descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati di tutte le regioni, comprese le regioni a statuto speciale, e le Province autonome di Trento e Bolzano.

2. Il sistema ha la finalità prioritaria di mettere in relazione i livelli essenziali di assistenza, effettivamente assicurati dalle suddette amministrazioni nei rispettivi territori, con le dimensioni da monitorare quali:

- i. efficienza ed appropriatezza organizzativa;
- ii. efficacia ed appropriatezza clinica;
- iii. sicurezza delle cure.

3. Il sistema prevede, altresì, il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, per specifiche categorie di bisogni o condizioni di salute, la misura della qualità percepita e dell'umanizzazione delle cure e una specifica attenzione all'equità geografica e sociale all'interno e tra le regioni.

4. Il sistema promuove, inoltre, la coerenza tra l'attività nazionale di monitoraggio e di verifica e i sistemi di valutazione intraregionale, favorendo altresì le attività di audit e gli interventi conseguenti, adottati dalle regioni e dalle province autonome e individuati come necessari al miglioramento dell'erogazione dei LEA.

5. Nell'ambito del sistema di garanzia sono ricomprese anche le metodologie di verifica, revisione e monitoraggio previste dagli articoli 10, comma 1, e art. 14 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche e/o integrazioni.

Art. 2.

#### *Struttura del sistema di garanzia*

1. Il sistema di garanzia di cui al presente decreto si articola attraverso un insieme di indicatori relativi ai tre macro-livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera), ai singoli LEA ad essi afferenti e ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che riguardano più livelli di assistenza. Come previsto dall'art. 9, comma 1, lettera a) del decreto legislativo n. 56/2000 l'insieme contiene gli indicatori in relazione ad attributi rilevanti, clinici e organizzativi, che caratterizzano i processi assistenziali, declinandoli secondo le dimensioni di cui all'art. 1, comma 2, del presente decreto e considerando i bisogni di salute rilevati o stimati della popolazione.

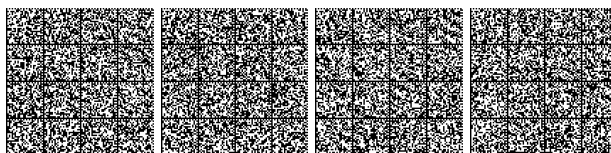
2. Il sistema persegue l'obiettivo di descrivere e monitorare l'erogazione dei LEA, incentivando il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata, anche attraverso la pubblicazione e il confronto annuale delle misure e dei valori dei singoli indicatori, tra le diverse regioni e province autonome, e nel tempo, come disposto dall'art. 3 del presente decreto.

3. Nell'allegato I, parte integrante del presente decreto, è riportato l'elenco degli indicatori del sistema di garanzia di cui al comma 1.

4. All'interno del sistema di garanzia è individuato, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del presente decreto, un sottoinsieme di indicatori da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA attraverso: *i)* il confronto delle misure degli indicatori con delle misure di riferimento, tenuto conto dell'andamento temporale; *ii)* un punteggio per indicatore, secondo una scala definita di valori; *iii)* un risultato globale regionale che indica entro quale soglia deve ritenersi garantita l'erogazione dei LEA; *iv)* un risultato globale nazionale, che permette di monitorare il Paese nel tempo e di confrontarlo con altre realtà a livello internazionale.

5. Nell'allegato II, parte integrante del presente decreto, sono riportati i criteri di analisi e valorizzazione degli indicatori del sistema di garanzia, unitamente ai criteri per la definizione degli indicatori e dei valori di riferimento per il sottoinsieme di cui al comma 4.

6. Il sistema di garanzia è coerente con il sistema di verifica degli adempimenti cui sono tenute le regioni per accedere alla quota integrativa prevista dall'art. 2, comma 68, della legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del decreto-legge n. 95/2012 (convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012), attraverso il sottoinsieme di cui al comma 4.





## Art. 3.

*Modalità di monitoraggio, valutazione e pubblicazione*

1. Con circolare applicativa, a cura della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, sentito il Comitato LEA, si definiscono, per ciascun indicatore, le specifiche tecniche per il relativo calcolo e la fonte informativa di riferimento di cui al successivo art. 4.

2. Il calcolo degli indicatori e le conseguenti valutazioni derivanti dal monitoraggio del sistema di garanzia sono effettuati annualmente dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute.

3. All'esito dei risultati del comma 2, il Ministro, sentito il Comitato LEA, attiva i processi di audit con le singole regioni e province autonome nell'ottica di promuovere un percorso di miglioramento continuativo dell'erogazione dei LEA.

4. Il percorso di miglioramento, condiviso con la regione/provincia autonoma sulla base di macro obiettivi e di un relativo cronoprogramma, è valutato dal Comitato LEA, su istruttoria condotta dalla Direzione generale della programmazione sanitaria.

5. L'eventuale inerzia o il persistente mancato raggiungimento degli obiettivi di miglioramento sono segnalati al Ministro della salute per i conseguenti interventi di competenza, ai sensi della normativa vigente.

6. Le valutazioni del sottoinsieme di cui all'art. 2, comma 4, del presente decreto costituiscono parte integrante del sistema di verifica degli adempimenti cui sono tenute le regioni per accedere alla quota integrativa prevista dall'art. 2, comma 68, della legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del decreto-legge n. 95/2012 (convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012), di competenza del Comitato LEA. Gli indicatori calcolati, compresa la stima della qualità dei dati di base ad essi relativi e i parametri di riferimento, sono pubblicati entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento, in una specifica relazione nazionale resa disponibile sul portale del Ministero della salute, in applicazione dell'art. 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo n. 56/2000.

7. La relazione di cui al precedente comma viene trasmessa al Parlamento per le finalità di cui all'art. 47-ter, comma 1, lettera b-bis), del decreto legislativo n. 300/1999 («Monitoraggio della qualità delle attività sanitarie regionali con riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni erogate»).

## Art. 4.

*Fonti informative di riferimento*

1. La raccolta dei dati di base, necessari alla costruzione degli indicatori, è effettuata con le modalità vigenti nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute;

2. L'assolvimento del debito informativo nei flussi correnti NSIS, quale garanzia di copertura delle informazioni necessarie per il sistema di garanzia da parte di tutte le regioni e le province autonome, è condizione indispensabile per il calcolo degli indicatori.

3. Allo scopo di integrare le informazioni contenute nei flussi correnti, il sistema di garanzia può avvalersi di dati derivanti da altre fonti informative, esaustive o campionarie, a copertura nazionale; l'omogenea rappresentatività delle popolazioni regionali di riferimento sull'intero territorio nazionale, costituisce requisito indispensabile per l'utilizzo di informazioni da tali fonti.

4. Il sistema di garanzia prende in considerazione la variabilità casuale delle stime, secondo la metodologia di cui all'allegato II.

## Art. 5.

*Modalità di aggiornamento*

1. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, sentito il Comitato LEA, si provvede all'aggiornamento dell'elenco di indicatori di cui all'allegato I.

2. Il Comitato LEA provvede annualmente all'approvazione degli indicatori, e relative soglie, che costituiscono il sottoinsieme di cui all'art. 2, comma 4, del presente decreto, nell'ambito del sistema di verifica adempimenti di cui all'art. 3, comma 6.

## Art. 6.

*Entrata in vigore e abrogazioni*

1. Le disposizioni contenute nel presente decreto entrano in vigore a decorrere dal 1° gennaio 2020.

2. Dalla data di entrata in vigore del presente decreto sono abrogati i seguenti decreti ministeriali:

decreto 24 luglio 1995 del Ministro della salute recante: «Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e qualità nel Servizio sanitario nazionale», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 10 novembre 1995, n. 263;

decreto 15 ottobre 1996 del Ministro della salute recante: «Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione, l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 18 gennaio 1997, n. 14;

decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 12 dicembre 2001 recante: «Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 9 febbraio 2002, n. 34.

3. Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

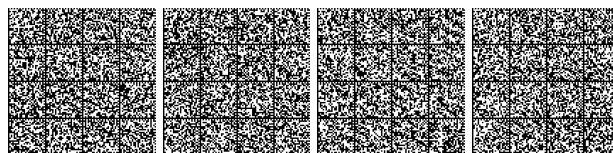
Roma, 12 marzo 2019

*Il Ministro della salute*  
GRILLO

*Il Ministro dell'economia  
e delle finanze*  
TRIA

Registrato alla Corte dei conti il 14 maggio 2019

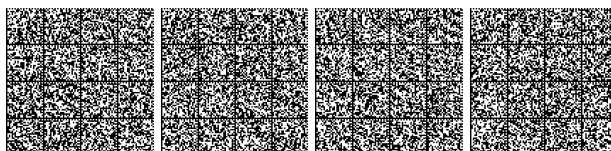
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, del Ministero dei beni e delle attività culturali, del Ministero della salute, del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, n. 1-1134



## Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria

### PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

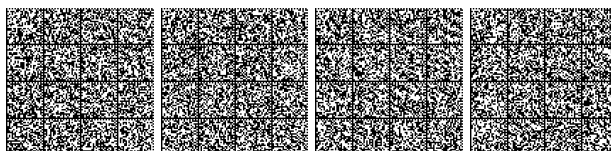
Id.	Indicatore	Significato
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	<i>Indicatori per il monitoraggio dei livelli di copertura delle attività di prevenzione delle malattie infettive, con riferimento alle vaccinazioni effettuate nell'età pediatrica.</i>
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	
P03C	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	
P04C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	
P05C	Copertura vaccinale anti-HPV	
P06C	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	<i>Indicatore per il monitoraggio della copertura della vaccinazione antinfluenzale, misura finalizzata a prevenire la morbosità per influenza e le sue complicanze nella popolazione anziana, nonché l'eccesso di mortalità.</i>
P07C	Denunce d'infortunio sul lavoro	<i>Indicatori per il monitoraggio delle attività (ispezioni, controlli, sorveglianza sanitaria) finalizzate alla prevenzione degli infortuni sul lavoro.</i>
P08Z	Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nella fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	<i>Indicatore per il monitoraggio delle garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente.</i>
P09Z	Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica	<i>Indicatore composito per il monitoraggio delle attività finalizzate a prevenire, eliminare o ridurre alcune malattie infettive degli animali che possano influenzare la salute dei cittadini per il loro potenziale zoonotico.</i>



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	<p><i>Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino, attraverso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento,</i></li> <li>- <i>il controllo sulla commercializzazione e sull'uso del farmaco veterinario,</i></li> <li>- <i>il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali.</i></li> </ul>
P11Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	<p><i>Indicatore composito per il monitoraggio delle attività volte a verificare il rispetto delle norme di benessere animale negli allevamenti e all'atto della macellazione, per l'impatto che queste prescrizioni hanno sulla salute degli animali produttori di alimenti, riducendo il ricorso a trattamenti terapeutici. Inoltre il rispetto delle norme di benessere animale contribuisce a ridurre la diffusione di patogeni zoonotici nella filiera produttiva.</i></p>
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	<p><i>Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino.</i></p>
P13Z	Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti	<p><i>Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a verificare le garanzie di sicurezza alimentare per i cittadini, con particolare riguardo ai rischi biologici, fisici, chimici e alle informazioni per il consumatore.</i></p>
P14C	Indicatore composito sugli stili di vita	<p><i>Indicatore composito volto a monitorare i cambiamenti, nel tempo, della frequenza di fattori di rischio comportamentali o stili di vita associati all'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili.</i></p>



P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	<i>Indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessi da parte della popolazione invitata.</i>
P16C	Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	<i>Indicatore per la misura della capacità dei programmi di screening di identificare i tumori precocemente al fine di ottimizzare le capacità di intervento.</i>



**ASSISTENZA DISTRETTUALE**

<b>Id.</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Significato</b>
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	<i>L'insorgenza di eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi dall'evento può essere considerata come un indicatore proxy di ridotta qualità complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.</i>
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$ anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	<i>Indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura.</i>
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica ( $< 18$ anni) per asma e gastroenterite	<i>Indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della pediatria di libera scelta, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura.</i>
D05C	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	<i>L'indicatore segnala inappropriata nell'utilizzo del Pronto Soccorso; tale inappropriata può essere considerata una proxy delle difficoltà di accesso ai servizi della medicina territoriale.</i>
D06C	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni)	<i>L'indicatore segnala inappropriata nell'utilizzo del Pronto Soccorso; tale inappropriata può essere considerata una proxy delle difficoltà di accesso ai servizi della pediatria di libera scelta.</i>
D07C	Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti); tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni)	<i>L'indicatore segnala inappropriata nell'utilizzo del Pronto Soccorso in momenti particolari della settimana; tale inappropriata può essere considerata una proxy delle difficoltà di accesso ai servizi di continuità assistenziale.</i>

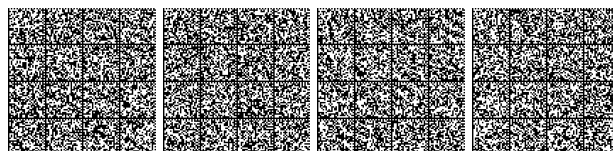




D08C	Numero di interventi per le patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) per anno	<i>Le patologie FHQ (l'Arresto Cardiaco, la Sindrome Coronarica Acuta, l'Insufficienza Respiratoria Acuta, lo Stroke (ictus) e il Trauma) sono eventi a dipendenza temporale che necessitano di una rapida valutazione e di un rapido trattamento, richiedendo l'utilizzo di mezzi di soccorso avanzato (advanced life support - ALS). L'indicatore permette di misurare la quota di risposta efficace del sistema di emergenza.</i>
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<i>L'indicatore monitora il tempo di risposta alle richieste di intervento sanitario che rivestono carattere di emergenza-urgenza; esso valuta la performance del sistema "118", permettendo di misurare l'efficienza di un sistema di emergenza sanitaria territoriale.</i>
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	<i>L'indicatore monitora la quota di prestazioni erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve), permettendo di misurare le capacità di governo dei tempi di attesa nel garantire risposte al bisogno.</i>
D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D.	<i>L'indicatore monitora la quota di prestazioni erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità D (Differibile), permettendo di misurare le capacità di governo dei tempi di attesa nel garantire risposte al bisogno.</i>
D12C	Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio.	<i>Indicatori proxy dell'appropriatezza nel consumo di prestazioni ambulatoriali.</i>
D13C	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.	
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	<i>Indicatore composito per fasce d'età che monitora il consumo di alcuni farmaci considerati sentinella / traccianti dal punto di vista dell'appropriatezza di consumo.</i>
D15C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi	<i>Indicatori che monitorano il consumo di alcuni farmaci considerati</i>
D16C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Inibitori di pompa	



D17C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antiipertensivi	<i>sentinella/traccianti dal punto di vista dell'appropriatezza di consumo.</i>
D18C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Statine.	
D19C	Percentuale di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza.	<i>Indicatore che misura la quota di ricorso alle ecografie in gravidanza in misura superiore a quella raccomandata per lo screening di patologie della gravidanza e/o del feto, dunque a potenziale rischio di inappropriatazza.</i>
D20Z	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente	<i>Fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare integrata per pazienti adulti con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base.</i>
D21Z	Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente	<i>Fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare integrata pediatrica con CIA base.</i>
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	<i>Indicatore composito che fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare integrata per pazienti trattati con i diversi livelli di intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3).</i>
D23Z	Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1), (CIA 2), (CIA 3)	<i>Fornisce informazioni sull'offerta e sull'attività del servizio di assistenza domiciliare integrata, attraverso la somma delle prese in carico domiciliari in relazione ai diversi livelli di intensità assistenziale.</i>
D24C	Numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute in rapporto al totale delle IVG.	<i>Indicatore per la misura dell'efficacia degli interventi di presa in carico/formazione delle donne che hanno già effettuato almeno un'interruzione volontaria della gravidanza.</i>
D25C	Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare.	<i>Indicatore per la misura della capacità dei consultori familiari di proporsi come punto di riferimento per le donne che decidono di ricorrere all'IVG.</i>
D26C	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne.	<i>Indicatori proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche.</i>
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.	

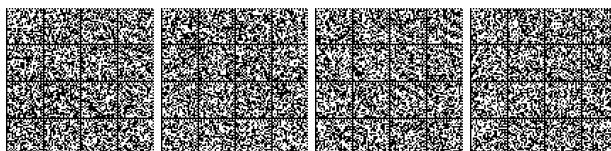


D28C	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.	
D29C	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti.	
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	<i>Indicatore per la misura dell'offerta di servizi di cure palliative domiciliari per la presa in carico e l'assistenza dei pazienti oncologici terminali.</i>
D31C	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	<i>Indicatore proxy della capacità dei servizi di cure palliative domiciliari di rispondere ai bisogni clinico-assistenziali dei malati terminali assistiti a domicilio, evitando il ricorso all'ospedalizzazione.</i>
D32Z	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica.	<i>Indicatore che esprime la tempestività nell'accesso al ricovero in hospice.</i>
D33Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	<i>Indicatori che forniscono informazioni sull'offerta di strutture residenziali/semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale.</i>



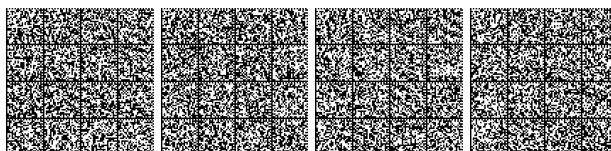
**ASSISTENZA OSPEDALIERA**

<b>Id.</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Significato</b>
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.	<i>Indicatore che esprime la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti.</i>
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	<i>Indicatore che fornisce informazioni sulla proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti il cui volume di attività è predittivo di maggiore efficacia e sicurezza delle procedure chirurgiche.</i>
H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.	<i>Indicatore che misura la quota di interventi chirurgici conservativi per tumore maligno della mammella che necessitano di un re-intervento chirurgico successivamente al primo intervento di resezione, fornendo informazioni sulla mancata efficacia di quest'ultimo.</i>
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	<i>Indicatore di utilizzo inappropriato del setting ospedaliero, fornisce informazioni sull'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato.</i>
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	<i>Indicatore che misura la performance della struttura ospedaliera in relazione alla quota di interventi la cui degenza post-operatoria è considerata appropriata.</i>
H06Z	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente.	<i>Indicatore per la misura del volume di ricoveri diurni effettuati negli ospedali per acuti con finalità medico-diagnostiche e, come tali, a rischio di inappropriatazza perché erogabili in regime ambulatoriale.</i>
H07Z	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente.	<i>Indicatore per la misura del volume di accessi di tipo medico in regime diurno effettuati negli ospedali per acuti e, come tali, a rischio di inappropriatazza perché erogabili in regime ambulatoriale.</i>
H08Z	Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di	<i>Indicatori (a rotazione) che misurano sia la capacità di</i>





	emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	<i>garantire i prodotti “drivers” (globuli rossi) e il plasma da destinare alla lavorazione industriale adeguata a garantire la produzione di farmaci plasmaderivati rispondenti ai fabbisogni effettivi, che l’ottimizzazione dell’impiego della risorsa sangue, con riduzione del ricorso alla trasfusione allogenica e all’autotrasfusione, come misure del grado di implementazione di programmi di Patient Blood Management (PBM) e gestione scorte di emocomponenti.</i>
H09Z	Donazione di organi (Donatori di organi in morte encefalica, accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione).	<i>Indicatori (a rotazione) che esprimono la capacità organizzativa delle strutture ospedaliere di assicurare il processo di donazione di organi, quali prerequisiti per l’esecuzione dei trapianti di organi.</i>
H10Z	Tempi di attesa per trapianto (numero pazienti in lista di attesa per trapianto, tempo medio di attesa di trapianto per organo, numero dei pazienti trapiantati per singolo organo).	<i>Indicatori (a rotazione) che esprimono la capacità del sistema di individuare e gestire le insufficienze di organo, di garantire l’accesso al trapianto nei pazienti idonei e di soddisfare la domanda.</i>
H11Z	Donazione di tessuti (numero di donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto in rapporto al numero di accertamenti di morte con segni cardiaci o neurologici, numero di donatori di tessuti per tipologia di tessuto in rapporto al numero di decessi in ospedale).	<i>Indicatori (a rotazione) che permettono di monitorare la capacità organizzativa del sistema rispetto alla donazione di tessuti.</i>
H12C	Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC.	<i>Indicatore per la misura della quota di pazienti sottoposti a nuovo ricovero a breve distanza, con la medesima categoria diagnostica di una precedente ospedalizzazione e, come tale, in grado di esprimere la mancata efficacia di quest’ultima.</i>
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	<i>Indicatore che valuta la capacità di presa in carico da parte della struttura ospedaliera e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore, per i quali si rende necessario un intervento chirurgico entro le 48 ore.</i>
H14C	Percentuale di ricoveri di riabilitazione post-acuti inappropriati dal punto vista clinico	<i>Indicatore che misura la quota di ricoveri in riabilitazione che non soddisfano i criteri di “correlazione clinica” con gli eventuali eventi acuti che li precedono oppure non rispondenti a criteri di “congruenza</i>



		<i>diagnostica”, così come definiti dall’emanando DM.</i>
H15S	Frequenza di embolie polmonari o DVT post-chirurgiche.	<i>Indicatori di sicurezza del paziente, misurano la frequenza di complicanze associate a procedure chirurgiche.</i>
H16S	Frequenza di infezioni post-chirurgiche.	
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	<i>Indicatori che misurano la frequenza di ricorso al parto cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza, fornendo indicazioni sulla quota di cesarei a rischio di inappropriatazza.</i>
H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti.	
H19S	Percentuale di parti fortemente pre-termine (22-31 settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN	<i>Indicatore che misura la quota di parti fortemente pre-termine che avvengono presso strutture prive di posti letto di terapia intensiva neonatale; l’accesso alla terapia intensiva per i neonati fortemente pre-termine è determinante per la sopravvivenza e la futura qualità della vita del bambino.</i>
H20S	Percentuale dei parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)	<i>Indicatore (proxy ) dell’uso eccessivo di induzioni di travaglio farmacologico e non. La letteratura evidenzia 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.</i>
H21S	Numero di punti nascita attivi con volumi <500 parti/anno, per i quali, secondo i dati forniti dal Comitato Percorso nascita nazionale, non è stata chiesta deroga alla chiusura	<i>Indicatore che valuta il livello di adesione delle Regioni all’Accordo del 16 dicembre 2010 che prescrive la chiusura dei punti nascita sub-standard qualora non sia stata espressamente richiesta una deroga.</i>
H22C	Mortalità a 30 giorni dall’intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC).	<i>Indicatore di esito a breve termine dell’intervento di BPAC, può rappresentare una misura di qualità dell’attività delle strutture di cardiocirurgia.</i>
H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.	<i>Indicatore di appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico per l’ictus ischemico, che inizia con il ricovero ospedaliero.</i>



H24C	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata	<i>Indicatore di appropriatezza ed efficacia del processo assistenziale per BPCO riacutizzata, che inizia con l'arrivo del paziente alla struttura ospedaliera.</i>
------	---	---

### **INDICATORI DI CONTESTO PER LA STIMA DEL BISOGNO SANITARIO**

<b>Id.</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Significato</b>
CO01	Buona salute percepita	<i>La salute percepita rappresenta un indicatore affidabile dello stato di salute, contribuisce a stimare il burden of disease e i bisogni di salute della popolazione.</i>
CO02	Sovrappeso ed obesità nei bambini	<i>L'eccesso ponderale in età pediatrica è associato ad un rischio maggiore di morte prematura e disabilità in età adulta, oltre ad una maggiore probabilità di sviluppare patologie croniche non trasmissibili.</i>
CO03	Fragilità nell'anziano (65 anni o più)	<i>Indicatore epidemiologico basato su una misura del livello di autonomia della persona nello svolgimento delle attività strumentali e/o fondamentali della vita quotidiana: il valore informativo dell'indicatore è legato alle necessità assistenziali che si accompagnano alla perdita di autonomia della popolazione anziana.</i>
CO04	Indice di cronicità	<i>Indice sintetico basato sulla presenza di malattie croniche autoriferite.</i>

### **INDICATORI DI EQUITÀ' SOCIALE**

<b>Id.</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Significato</b>
EO01	Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriately organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche	<i>L'indicatore misura la quota di popolazione che riporta difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie, con particolare riferimento a gruppi con posizione socioeconomica sfavorevole.</i>



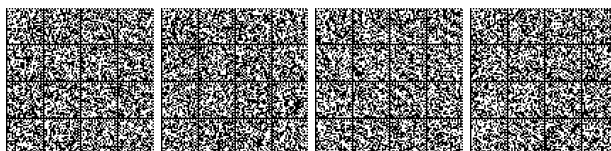
**INDICATORI PER IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEI PERCORSI  
DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)\***

<b>Id.</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Significato</b>
PDTA01	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)	<i>L'indicatore misura l'aderenza al trattamento farmacologico nei pazienti con diagnosi di BPCO individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. La copertura con i farmaci adeguati consente di verificare l'omogeneità dell'offerta della principale cura farmacologica della BPCO. L'aderenza al trattamento farmacologico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte</i>
PDTA02	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)	<i>L'indicatore misura l'adeguatezza della tempistica delle visite pneumologiche nei pazienti con diagnosi di BPCO individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. Il numero di visite pneumologiche consente di valutare la presa in carico del paziente con BPCO. L'adeguatezza del numero di visite pneumologiche si associa a una riduzione del rischio di ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte</i>
PDTA03	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (con ACE inibitori o sartani; con beta-bloccanti) come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)	<i>L'indicatore misura l'aderenza al trattamento farmacologico nei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. La copertura con i farmaci adeguati consente di verificare l'omogeneità dell'offerta della cura farmacologica dello scompenso cardiaco. L'aderenza al trattamento farmacologico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte</i>
PDTA04	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)	<i>L'indicatore consente di valutare una componente dell'adeguatezza della presa in carico del paziente con scompenso cardiaco. L'aderenza al controllo ecografico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte</i>





PDTA05	Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina, fondo oculare, come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Diabete)	<i>L'indicatore misura complessivamente l'aderenza alle raccomandazioni di controllo, definite in base alle evidenze scientifiche disponibili, nei pazienti diabetici individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. L'aderenza alle raccomandazioni è associata alla riduzione della probabilità di esiti sfavorevoli (ricovero per complicanze a breve termine o per diabete non controllato o per complicanze a lungo termine o per amputazione non traumatica degli arti inferiori)</i>
PDTA06	Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico (PDTA Tumore operato della mammella nella donna)	<i>L'indicatore descrive la proporzione di pazienti operate per tumore alla mammella, individuate secondo il manuale PDTA del Ministero della salute, per le quali complessivamente gli interventi terapeutici sono eseguiti secondo la tempistica definita in base alle evidenze scientifiche disponibili. La tempestività di intervento sia chirurgico che medico riduce la probabilità di re-intervento per tumore alla mammella e aumenta la probabilità di sopravvivenza</i>
PDTA07	Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	<i>L'indicatore descrive la proporzione di pazienti operati per tumore del colon, individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute, per i quali l'intervento chirurgico è stato eseguito secondo la tempistica definita in base alle evidenze scientifiche disponibili. La tempestività di intervento chirurgico riduce la probabilità di re-intervento per tumore del colon e aumenta la probabilità di sopravvivenza</i>
PDTA08	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	<i>L'indicatore descrive la proporzione di pazienti operati per tumore del colon, individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute, che sono sottoposti a un follow-up attivo, finalizzato alla identificazione precoce di recidive di malattia. Un follow-up adeguato è associato alla riduzione del rischio di morte</i>



PDTA09	Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	<i>L'indicatore descrive la proporzione di pazienti operati per tumore del retto, individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute, per i quali il trattamento medico o chirurgico è stato eseguito secondo la tempistica definita in base alle evidenze scientifiche disponibili. La tempestività di trattamento medico o chirurgico riduce la probabilità di re-intervento per tumore del retto e aumenta la probabilità di sopravvivenza</i>
PDTA010	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	<i>L'indicatore descrive la proporzione di pazienti operati per tumore del retto, individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute, che sono sottoposti a un follow-up attivo, finalizzato alla identificazione precoce di recidive di malattia. Un follow-up adeguato è associato alla riduzione del rischio di morte</i>

**\*Gli indicatori PDTA sono calcolati secondo la metodologia riportata in dettaglio nel Manuale operativo per la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali del Ministero della salute (v. 23-7-2018)**



## Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria

### 1. Criteri per l'individuazione, il calcolo e l'analisi degli indicatori del Sistema di Garanzia

#### 1.1. Fenomeni osservati

Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza” definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) individuati in termini di attività, servizi e prestazioni che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto ad assicurare ai propri assistiti, coerentemente con le risorse programmate del SSN. L'erogazione di tali servizi deve avvenire in condizioni di appropriatezza, adeguato livello qualitativo ed efficienza, oltre che essere omogenea sul territorio nazionale.

La garanzia dei LEA sotto tali condizioni richiede la presenza di informazioni che, opportunamente elaborate e rappresentate sotto forma di indicatori, consentano di leggere, per ciascun LEA, le dimensioni dei processi di erogazione, tali da evidenziare le singole criticità e rendere possibili interventi puntuali, fornendo le basi per il miglioramento del sistema.

Costituisce, dunque, la struttura del sistema di indicatori una matrice che associa a ciascun LEA le seguenti dimensioni: a) efficienza e appropriatezza organizzativa, b) efficacia e appropriatezza clinica, c) sicurezza. Gli elementi della matrice così definita sono individuati a partire dalla ricognizione degli indicatori presenti nei sistemi nazionali e nei principali sistemi internazionali di monitoraggio dell'assistenza, validati da gruppi di esperti in relazione alla copertura esaustiva delle fonti informative utilizzate ed integrati in ragione di specifiche priorità di politica sanitaria.

La garanzia di omogeneità dell'erogazione sul territorio nazionale presuppone il monitoraggio di tali indicatori tra le regioni ed al loro interno. Al tempo stesso, l'analisi delle variazioni per età, genere e condizioni sociali permette di monitorare più analiticamente l'equità del sistema nelle specifiche componenti dei processi assistenziali che, in base alla letteratura di riferimento, risultano più sensibili a tali fattori socio-demografici, permettendo di indirizzare gli interventi a specifici sottogruppi della popolazione. Infine, la definizione dei LEA individua i diritti degli assistiti che possono essere modulati solo in ragione del bisogno: a parità di bisogno ci si attendono uguali risposte del SSN ed uguali esiti. Dal momento che le differenze dei bisogni di salute sono in grado di determinare una quota della variabilità geografica nella garanzia dei LEA, il Sistema di Garanzia, compatibilmente con le informazioni disponibili, prende in considerazione tale variabilità nell'analisi delle differenze geografiche nella garanzia dei LEA che sono oggetto di monitoraggio e valutazione.

#### 1.2. Fonti e variabilità casuale

Il Sistema di Garanzia si alimenta di indicatori basati sui dati disponibili nei flussi informativi correnti del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) nazionale del Ministero della Salute: l'assolvimento del debito informativo per i flussi correnti NSIS, da parte di tutte le Regioni e le Province Autonome, è condizione indispensabile per il calcolo degli indicatori. Il Sistema di Garanzia si può alimentare, altresì, di indicatori calcolabili con dati derivanti da altre fonti informative, totali o campionarie (come nel caso delle indagini multiscopo Istat), a copertura nazionale: l'omogenea rappresentatività delle popolazioni regionali di riferimento, sull'intero territorio nazionale, costituisce requisito indispensabile per l'utilizzo di informazioni da tali fonti; tra tali fonti, si privilegiano quelle conformi all'European Statistics Code of Practice (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/quality/european-statistics-code-of-practice>).



Nella piena consapevolezza che, qualunque sia la fonte informativa di riferimento, la precisione degli indicatori possa condurre a valutazioni distorte per effetto di variabilità stocastica, soprattutto se si intendono valutare aree con un numero limitato di abitanti, il Sistema di Garanzia prende in considerazione la variabilità casuale delle stime. Per ciascun indicatore, l'approccio con cui tener conto di tale elemento differisce a seconda della natura della fonte informativa di riferimento per la sua misura.

Per quanto riguarda gli indicatori calcolati con dati provenienti da fonti campionarie, il Sistema di Garanzia considera le stime per intervallo degli indicatori fornite dalle stesse fonti.

Per quanto riguarda gli indicatori calcolabili con informazioni da flussi informativi NSIS e da altre fonti non campionarie, la maggior parte dei fenomeni oggetto di misura è riferita a determinazioni di processi aleatori per i quali è altresì opportuno considerare la variabilità casuale delle stime e, dunque, la misura di stime per intervallo. E' quindi necessario verificare la natura aleatoria di ciascun indicatore, fermo restando che, ragionevolmente, alcuni indicatori possano essere riferiti a processi deterministici che derivano direttamente da scelte programmatiche dell'amministrazione sanitaria in relazione a parametri di riferimento; si veda, ad esempio, il caso della quota di popolazione invitata ad un programma di screening, che non è soggetta a variazioni per fattori diversi dalle attività necessarie a raggiungerla.

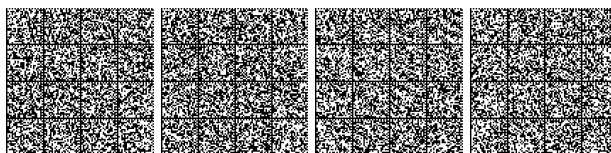
### 1.3. Criteria di standardizzazione e aggiustamento

La comparabilità degli indicatori tra Regioni e Province Autonome richiede che le popolazioni a confronto siano sufficientemente simili riguardo a caratteristiche note che, al netto degli elementi oggetto di valutazione, risultino in grado di influenzare il fenomeno misurato. E' noto come le regioni italiane presentino una distribuzione per età fortemente eterogenea; è altresì noto come l'età sia in grado di esprimere condizioni cliniche che determinano diversità di bisogno sanitario e richiedono l'erogazione di un LEA, condizioni che possono essere confondenti rispetto al confronto che si ha interesse ad effettuare. Il Sistema di Garanzia utilizza, ove opportuno, la standardizzazione per età e per genere, come metodo per rimuovere il confondimento legato a tali fattori. L'esame di ogni singolo indicatore, in relazione alle capacità della fonte informativa di riferimento, permetterà di considerare eventuali altri importanti fattori di confondimento o caratteristiche legate al bisogno sanitario, rilevate e da correggere attraverso standardizzazione e aggiustamento. Laddove l'interesse sia rivolto al confronto tra punti di erogazione delle prestazioni sanitarie e le fonti informative permettano un più esaustivo *risk adjustment* (si veda per esempio la percentuale d'intervento per frattura del femore nelle prime 48 ore e la presenza di variabili in grado di esprimere alcune condizioni cliniche associate alla necessità di spostare nel tempo l'intervento chirurgico), si favorisce tale metodo al fine di isolare la sola variabilità degli indicatori derivante da fattori di natura decisionale e clinico-organizzativa.

L'esame di ogni singolo indicatore, sempre in relazione alle capacità della fonte informativa di riferimento, permette infine di considerare il ruolo di variabili demografiche, quali genere, età, residenza, cittadinanza, come eventuali fattori di specificità dell'indicatore, suggerendo l'analisi stratificata dello stesso.

### 1.4. Misura della variabilità geografica

Il Sistema di Garanzia pone specifica attenzione all'eterogeneità geografica interna alle regioni, al fine di dar conto di aggregati sub-regionali (aggregati territoriali di popolazione o singoli punti di erogazione delle prestazioni) che presentano criticità nella garanzia dei LEA. Tale finalità è assicurata attraverso la valutazione distinta sia del valore di sintesi regionale sia, qualora pertinenti e apprezzabili, degli scostamenti sub-regionali dal livello di garanzia minimo. Per quanto riguarda gli indicatori riferibili alla popolazione residente, le unità sub-regionali amministrative (es. comuni, province) rilevate nelle fonti informative di riferimento, o rilevabili tramite collegamento con altre fonti, rappresentano l'unità statistica di analisi: tale indicazione deriva dalla constatazione che le suddette unità amministrative non sono suscettibili di





riclassificazioni per effetto di variazioni organizzative del Sistema sanitario regionale (accorpamenti di ASL/distretti).

La stima della variabilità sub-regionale è effettuata attraverso i *Median Odds Ratios* (MOR)<sup>1</sup>: queste misure sono calcolate a partire dalla distribuzione dell'indicatore all'interno della regione, considerando tutte le possibili coppie di valori riferiti alle aree sub-regionali. Un valore del MOR pari ad 1 indica assenza di variabilità tra le aree sub-regionali. Quanto più il valore del MOR si discosta dall'unità, maggiore è la variabilità all'interno della Regione.

#### 1.5. Misura dell'equità sociale nell'erogazione dei LEA

La definizione dei LEA individua ciò che viene garantito all'assistito che può essere modulato solo in ragione del bisogno di salute: il SSN deve assicurare adeguate risposte ai bisogni senza differenze tra uomini e donne, tra giovani ed anziani, tra poveri e ricchi, tra cittadini italiani e non, ecc.. La letteratura suggerisce come le differenze di genere e quelle per età nella salute e nell'assistenza sanitaria siano, nel profilo epidemiologico italiano ed europeo, meno pronunciate, a parità di bisogno, di quelle sociali e geografiche (ad eccezione di alcuni specifici livelli di assistenza).

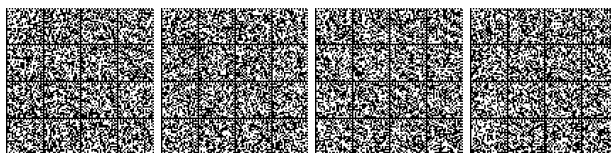
Focalizzando l'attenzione alle differenze sociali, la loro misura presuppone la disponibilità di informazioni sulla posizione sociale degli assistiti: allo stato attuale tali informazioni sono presenti, a livello individuale, nel flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) (titolo di studio) e in quello del Certificato Di Assistenza al Parto (CEDAP) (titolo di studio e condizione professionale/non professionale materna e paterna), oltre che nelle indagini campionarie Istat. Tenuto conto della necessità di legare le finalità di monitoraggio del Sistema di Garanzia alla valutazione di azioni di contrasto delle diseguaglianze sociali, gli indicatori utilizzati per la verifica dell'equità nella garanzia dei LEA privilegeranno le misure assolute, ossia concentreranno l'attenzione sugli indicatori di erogazione dell'assistenza nei gruppi più svantaggiati, definiti in base alle variabili sociali disponibili nella fonte utilizzata. Tale scelta metodologica consente di superare alcuni limiti delle misure relative, ossia quelle costituite dal rapporto della misura dell'indicatore di erogazione dei LEA tra due gruppi corrispondenti agli estremi della scala sociale.<sup>2</sup>

Nella selezione degli indicatori del sistema di garanzia da utilizzare per monitorare l'equità si potranno adottare due strategie, una di natura più descrittiva generale, l'altra di natura più analitica, perché mirata alla definizione di specifici target d'intervento e monitoraggio dei progressi:

- 1) un approccio di sistema, che si concentra sul monitoraggio di indicatori sintetici di accesso alle cure, eventualmente distinti per macro-livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera); un esempio, a riguardo, è rappresentato dalla frequenza della rinuncia a prestazioni sanitarie (visite o accertamenti specialistici o interventi chirurgici) per motivi economici o problemi legati all'offerta (es. lunga attesa, ecc.), nei gruppi di popolazione più svantaggiati, come rilevata nell'ultima indagine Istat sulle condizioni di salute;
- 2) un approccio più puntuale, che è ricavabile dall'esame della documentazione scientifica di settore e si basa sull'individuazione di indicatori sentinella che esprimono difficoltà di accesso a percorsi assistenziali a carico delle persone con posizione sociale sfavorita: dall'insieme completo degli indicatori del Sistema di Garanzia vengono selezionati quelli che derivano da fonti dotate dell'informazione sulla variabile sociale e che la letteratura segnala come maggiormente sensibili a problemi di equità; per questi indicatori, è

<sup>1</sup> Merlo J. Multilevel analytical approaches in social epidemiology: measures of health variation compared with traditional measures of association. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003; 57: 550-552.

<sup>2</sup> European Commission, Demetriq Project, Final Summary Report - <http://www.demetriq.eu/documents/reports/>



monitorato l'andamento annuale nei gruppi più svantaggiati definiti dalla variabile sociale presente nella fonte utilizzata.

In entrambi gli approcci, la misura delle disuguaglianze presuppone, in taluni casi, la correzione per intensità del bisogno: per gli indicatori basati sulle indagini Istat, è possibile effettuare direttamente tale correzione attraverso lo stato di salute percepito o l'indice di cronicità.

La metodologia sopra descritta si applica anche alle disuguaglianze legate all'area geografica di provenienza: in questo caso, la loro misura presuppone la disponibilità di informazioni sulla cittadinanza degli assistiti, riclassificabile secondo le macro-categorie, rispettivamente, dei Paesi a Forte Pressione Migratoria e dei Paesi a Sviluppo Avanzato<sup>3</sup>; le informazioni utili e consolidate per tale classificazione sono disponibili nelle fonti SDO e CEDAP. In tale ambito la documentazione scientifica permette di individuare una pluralità di indicatori sentinella che esprimono specifiche disuguaglianze di accesso a percorsi assistenziali a sfavore di specifiche popolazioni immigrate, come nel caso delle gravidanze che esitano in interruzioni volontarie o nel caso della frequenza di ricorso alla prima visita in gravidanza oltre la 12-ma settimana.

Allo stato attuale, la scelta degli indicatori di equità si indirizza verso le fonti campionarie Istat o i flussi NSIS SDO e CEDAP.

In futuro si potrà individuare una soluzione che consentirà di misurare le variazioni sociali attraverso tutti gli indicatori alimentati dai flussi informativi NSIS; questa soluzione dipenderà dalla possibilità di integrare (tramite *record linkage*) i dati individuali dei flussi informativi sanitari presenti in NSIS con l'informazione sul titolo di studio proveniente dal Censimento della popolazione effettuato dall'Istat e dall'Anagrafe degli studenti implementata dal MIUR. Tale integrazione potrebbe consentire alle regioni di avere a disposizione, nei database regionali, le informazioni utili a produrre indicatori di attività e di accesso al SSN declinati per genere, età e titolo di studio.

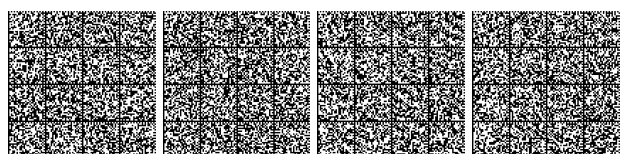
#### 1.6. Individuazione e analisi degli indicatori

L'elenco degli indicatori del Sistema di Garanzia comprende:

1. indicatori relativi ai LEA dei tre macro livelli di assistenza i) prevenzione collettiva e sanità pubblica; ii) assistenza distrettuale; iii) assistenza ospedaliera, definiti in relazione ad attributi rilevanti clinici e organizzativi dei processi assistenziali e declinati sulla base delle seguenti dimensioni: a) efficienza e appropriatezza organizzativa, b) efficacia e appropriatezza clinica, c) sicurezza;
2. indicatori per la valutazione dei Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) trasversali ai macro-livelli sopra definiti;
3. indicatori di equità;
4. indicatori di qualità percepita e umanizzazione delle cure;
5. indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario.

L'analisi di ciascun indicatore sarà volta a dare opportuna evidenza sia del posizionamento relativo di ciascuna regione, che del relativo andamento temporale, tenendo conto di quanto sopra descritto in relazione alla variabilità casuale. Tale analisi costituirà un supporto all'individuazione di priorità per la programmazione di interventi, contribuendo ai criteri per l'individuazione degli indicatori nel sottoinsieme come specificati nel successivo paragrafo 2. Al tempo stesso, l'analisi degli indicatori consentirà di monitorare il mantenimento dei progressi derivanti da specifici interventi.

<sup>3</sup> Istituto Nazionale di Statistica. La presenza straniera in Italia: caratteristiche socio-demografiche. Roma, 2007



I risultati dell'analisi degli indicatori saranno pubblicati annualmente, per le eventuali successive iniziative da adottare.

### 1.7. Valorizzazione degli indicatori

La valutazione di un fenomeno misurato attraverso un indicatore equivale ad assegnare un valore alla misura ottenuta. L'utilizzo di un indicatore in un processo di valutazione comporta necessariamente la definizione di una funzione di trasformazione che associa, alla misura dell'indicatore stesso, un valore espresso su una scala continua o discreta, in grado di esprimere la preferenza che il valutatore ritiene di assegnare. E' possibile ricomprendere le funzioni di valorizzazione più frequentemente utilizzate in 2 categorie: funzioni continue e funzioni non continue. Muovendo dai limiti della scelta di funzioni non continue, legati alla componente discrezionale nella scelta dei punti di discontinuità, l'uso di funzioni continue comporta alcuni evidenti vantaggi come, ad esempio, un maggiore incentivo al miglioramento continuo del punteggio e, dunque, dell'indicatore, oltre che una maggiore valorizzazione degli elementi di eccellenza.

Il percorso operativo per la valorizzazione degli indicatori è così schematizzato:

1. individuazione del "dominio" della misura valorizzabile (misura minima e massima);
2. costruzione di classi di misura a cui assegnare i diversi punteggi;
3. costruzione e rappresentazione grafica della funzione di valorizzazione non continua;
4. interpolazione della funzione non continua e trasformazione dei punteggi in una funzione continua di valori da utilizzare nella valutazione.

A ciascun indicatore corrisponderà, dunque, una funzione continua di valori.

Per ciascun indicatore, alle regioni e le province autonome cui non corrisponda l'assolvimento del debito informativo necessario al relativo calcolo, sarà assegnato un valore pari a 0.

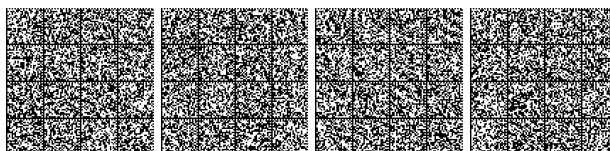
Se l'indicatore è rappresentato da una variabile aleatoria, a ciascuna regione corrisponderà una stima puntuale e uno specifico intervallo di confidenza di valori; in caso contrario, a ciascuna regione corrisponderà un valore puntuale. Infine, la valorizzazione degli indicatori terrà conto del relativo andamento temporale.

## 2. Individuazione degli indicatori del sottoinsieme

Il sottoinsieme di indicatori, di cui all'art. 2 comma 4 del presente decreto, è composto da un numero di indicatori che, a parità di contenuti, rispetta il criterio di parsimonia informativa ed è identificato attraverso i seguenti parametri:

- i) priorità in materia di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari;
- ii) almeno un indicatore per ciascun macro-livello di assistenza, definito secondo il punto 1.6 del presente allegato tecnico;
- iii) un indicatore di valutazione di almeno un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale;
- iv) un indice sintetico e/o un indicatore sentinella di equità geografica e sociale nell'assistenza sanitaria, definiti in base al punto 1.5 del presente allegato tecnico.

Il processo di individuazione delle priorità prevede che la lista di indicatori del sottoinsieme sia sottoposta annualmente all'approvazione del Comitato LEA. Nell'ottica di indirizzare il più possibile le regioni verso il miglioramento conseguibile, è preferibile una stabilità degli indicatori nel sottoinsieme per almeno un triennio, con una possibile rotazione degli indicatori stessi, a partire dall'anno successivo al primo triennio di applicazione. Si sottolinea, comunque, la necessità di garantire flessibilità al sistema di valutazione in



funzione di elementi e priorità contingenti e di favorire l'attenzione al miglioramento effettivo della garanzia dei LEA, facendo sì che le azioni messe in atto non si limitino al solo impatto su specifici indicatori.

Come disciplinato nell'art. 3 comma 6 del presente decreto, “ *Le valutazioni del sottoinsieme di cui all'art. 2 comma 4 del presente decreto costituiscono parte integrante del sistema di verifica degli adempimenti cui sono tenute le regioni per accedere alla quota integrativa prevista dall'art. 2, comma 68, della Legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del D.L. n.95/2012 (convertito, con modificazioni, in Legge n. 135/2012), di competenza del Comitato LEA.* ”. Tale integrazione prevede che l'omogenea erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria sia verificata attraverso un sottoinsieme di indicatori, individuato nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia secondo le modalità sopradescritte.

### 3. Criteri di individuazione delle misure e dei valori di riferimento per il sottoinsieme

Al fine di guidare il processo di valutazione è necessario individuare le misure di riferimento degli indicatori selezionati per il sottoinsieme. Queste misure sono identificate attraverso la seguente scala di criteri, intesa in senso sequenziale e di solidità decrescente, ossia che miri all'adozione di uno specifico criterio solo in assenza di elementi sufficienti per adottare i precedenti:

1. indicazioni programmatiche normative;
2. revisioni sistematiche o indicazioni da altri sistemi di valutazione (nazionali o internazionali), adeguatamente documentate, oppure linee guida o raccomandazioni cliniche prodotte con metodologie validate, facendo attenzione ad eventuali differenze di contesto;
3. procedura empirica e consultazione di esperti. La procedura empirica prevede l'individuazione di una misura o di un intervallo di riferimento a partire dalla distribuzione osservata dell'indicatore di interesse nell'anno precedente a quello della valutazione. Tale procedura è applicata preferibilmente a livello sub-regionale, in presenza di dati disponibili, e utilizza un algoritmo di ri-aggregazione delle unità di osservazione con misure dell'indicatore più favorevoli, fintanto che non si assicuri un'adeguata capacità discriminante. Tale procedura prevede, in fase iniziale, la composizione del gruppo di riferimento con le strutture o le aree che presentano la misura più favorevole rispetto all'indicatore considerato; successivamente il gruppo di riferimento si aggiorna in modo iterativo fintanto che, per la prima struttura o area esclusa dal gruppo di riferimento, l'indicatore non evidenzia una variazione superiore al 20% e un livello di significatività statistica inferiore a 0.30, per esiti rari (incidenza < 5%) rispetto al gruppo di riferimento, o una variazione superiore al 10% e un livello di significatività statistica inferiore a 0.20, per esiti più frequenti.

La consultazione di esperti si avvale del metodo Delphi<sup>4</sup>.

Il processo di definizione delle misure di riferimento e la trasformazione di queste nei valori corrispondenti della funzione di valorizzazione, consente di valutare ogni singolo indicatore rispetto a soglie di garanzia minima dell'erogazione dei LEA. Nell'intervallo di valorizzazione delle misure dell'indicatore (0-100), alla soglia di garanzia minima (che corrisponde alla misura di riferimento) si associa, per ciascun indicatore, il valore 60.

Ogni anno l'elenco degli indicatori del sottoinsieme con le relative soglie è sottoposto all'approvazione del Comitato LEA.

<sup>4</sup> Adler M., Ziglio E.. Gazing into the Oracle: The Applications of the Delphi Method to Public Policy. London, Kingsley Ltd. 1996



#### 4. La valutazione sintetica di ciascuna Regione e Provincia Autonoma

Per ciascun macro-livello di assistenza di cui al punto 1.6 del presente allegato tecnico, sarà costruita una funzione di composizione, basata su:

- i valori (punteggi) attribuiti agli indicatori ad esso afferenti nel sottoinsieme;
- un peso per ciascun indicatore, in relazione al criterio utilizzato per definirne la misura di riferimento di cui al punto 3 del presente allegato tecnico;
- un correttivo al valore attribuito a ciascun indicatore, commisurato alla valutazione dell'andamento temporale;
- un correttivo al valore attribuito a ciascun indicatore, commisurato alla variabilità sub-regionale stimata, come descritto al punto 1.4 del presente allegato tecnico (MOR), per ciascun indicatore su cui risulti calcolabile;
- i valori attribuiti agli indicatori trasversali ai macro-livelli di assistenza relativi ai percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali, all'equità sociale nell'assistenza sanitaria e alla qualità percepita e/o umanizzazione delle cure, pesati in base all'impatto di ciascun macro-livello assistenziale sull'indicatore trasversale.

A tale funzione sarà applicata una trasformazione che consentirà di ricavare valori ricompresi in un intervallo tra 0 e 100; ciò permetterà di misurarne il risultato secondo una metrica comparabile tra i diversi macro-livelli.

Per ogni macro livello si associa il valore 60 alla soglia oltre la quale è definito l'intervallo di garanzia dell'assistenza.

La garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta, da parte di una Regione o Provincia Autonoma, qualora a questa corrisponda, entro ciascun macro-livello, un punteggio ricompreso nel suddetto intervallo di garanzia dell'assistenza, in modo da non consentire la compensazione tra differenti macro-livelli.

19A03764

