

I LEA e gli indicatori di impatto?

Stefania Vasselli
Ministero salute

XIII Convegno Osservatorio nazionale screening
Perugia, 27-28 gennaio 2015

Lo scenario

La normativa

Con l'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 sono stati individuati gli adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento * delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale.

L'Intesa ha sancito l'impegno reciproco tra Stato e Regioni per garantire il rispetto del principio della uniforme erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) in condizioni di appropriatezza ed efficienza, coerentemente con le risorse programmate dal SSN.

** quota premiale del 3% (per le regioni adempienti nell'ultimo triennio la quota è pari al 2%) delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie (c.68 art.2 Legge n.191 del 23 dicembre 2009)*

Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005

- **Articolo 1**

«[...] le Regioni assolvono agli adempimenti previsti dalla normativa vigente riportati nell'Allegato 1 e agli altri adempimenti previsti dalla presente Intesa»

- **Articolo 9**

«Ai fini della presente Intesa, è istituito presso il Ministero della salute il Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione (Comitato LEA)»

- **Articolo 12**

«Ai fini della verifica degli adempimenti..., è istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze...il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti. [...] il Tavolo tecnico riferisce sull'esito delle verifiche al Tavolo politico.. [...] Il Ministero dell'Economia e delle Finanze, successivamente alla presa d'atto del predetto tavolo politico, in ordine agli esiti delle verifiche sugli adempimenti in questione, provvede... ad erogare il saldo..»

La normativa

- Agli adempimenti definiti dall'Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005 si aggiungono tutti quelli fissati da leggi successive, accordi e intese in Conferenza Stato Regioni ed altri atti di programmazione sanitaria specificatamente elencati nelle pagine seguenti.
- La **certificazione** al Tavolo tecnico degli adempimenti, di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005, **è affidata alla responsabilità del Comitato LEA.**
- Il Comitato LEA annualmente approva il Questionario per la raccolta della documentazione necessaria per la verifica degli adempimenti relativi all'anno precedente a quello in corso (**Questionario LEA**), e certifica l'adempienza o meno delle Regioni quale presupposto per la verifica finale degli adempimenti
- Il **Patto per la salute 2014-2016** (articolo 10) **conferma le funzioni del Comitato LEA**

La normativa

Un ***Adempimento*** è una prescrizione derivante da Leggi, Accordi e Intese Stato Regioni, Decreti Ministeriali e ogni altro atto normativo, cui sono tenute le Regioni per avere accesso al maggior finanziamento

Una Regione che non assolve anche un solo adempimento, o di competenza del Ministero della salute o di competenza del Ministero dell'economia e delle finanze, non accede al finanziamento integrativo

Le inadempienze possono essere risolte solo attraverso la sottoscrizione di un **“piano di rientro”**

La procedura

- Riunione tecnica con gli Uffici/Enti istruttori
- Riunione/i del Comitato LEA per l'approvazione dei documenti di competenza da trasmettere alle Regioni
- Trasmissione documentazione al MEF
- Trasmissione del [Documento Adempimenti](#) alle Regioni (da parte del MEF) entro il 30 marzo dell'anno successivo a quello di valutazione
- Trasmissione da parte delle Regioni della documentazione richiesta entro il 30 maggio dell'anno successivo a quello di valutazione
- Istruttoria della documentazione da parte degli Uffici/Enti competenti
- Incontri tecnici con le Regioni
- Riunione del Comitato Lea per la “**certificazione finale**” degli adempimenti regionali
- Inoltro delle certificazioni finali al Tavolo Adempimenti

Lo stato dell'arte

- ❑ In via di conclusione la certificazione finale per l'anno 2013
- ❑ Definiti i criteri di verifica adempimenti per l'anno 2014 ed inviato il Questionario LEA 2014
- ❑ Definiti i criteri di verifica adempimenti LEA per l'anno 2015 (accelerazione della tempistica per rispettare le indicazioni del nuovo Patto sulla salute: Articolo 10 “...**il Comitato per la verifica dei LEA** di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, **può disporre l'aggiornamento dei suddetti adempimenti ovvero delle modalità di verifica, tenuto conto delle disposizioni normative intervenute, degli Accordi e/o Intese sanciti dalle Conferenze Stato Regioni o Unificate e delle sopravvenute esigenze di monitoraggio. Il documento relativo agli indicatori LEA deve essere trasmesso alle Regioni entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di verifica.”**)

Questionario LEA



Ministero della Salute

**DIREZIONE GENERALE DELLA
PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

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

**RACCOLTA DELLA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA
VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI RELATIVI ALL'ANNO 2014**

REGIONE _____

INDICE

C) OBBLIGHI INFORMATIVI	3
E) MANTENIMENTO EROGAZIONE DEI LEA	9
F) ASSISTENZA OSPEDALIERA	12
G) APPROPRIATEZZA	15
H) LISTE D'ATTESA	16
L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA.....	19
N) CONTABILITA' ANALITICA.....	20
O) CONFERMABILITA' DIRETTORI GENERALI	21
P) DISPOSITIVI MEDICI.....	22
S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	23
T) TARIFFE OSPEDALIERE	27
U) PREVENZIONE	28
V) PIANO NAZIONALE AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO	29
X) IMPLEMENTAZIONE Percorsi Diagnostico - Terapeutici	30
Y) LEA AGGIUNTIVI.....	32
AH) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE.....	33
AJ) SPERIMENTAZIONI ED INNOVAZIONI GESTIONALI	35
AK) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE EROGANTI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO.....	37
AM) CONTROLLO CARTELLE CLINICHE	40
AO) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE.....	42
AP) SANITA' PENITENZIARIA	45
AS) RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	47
AT) Percorsi Attuativi della Certificabilità dei Bilanci degli Enti del SSN.....	50
AU) SISTEMA CUP	51
AAB) SISTEMA INFORMATIVO PER SALUTE MENTALE NSIS-SISM	52
AAC) SISTEMA INFORMATIVO PER LA DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI NSIS-SIND	53
AAD) SISTEMA FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)	54
AAE) ATTIVITA' TRASFUSIONALI	55
AAF) PERCORSO NASCITA.....	57
AAG) EMERGENZA-URGENZA	58
AAH) CURE PRIMARIE	60
AAI) RIABILITAZIONE	61
AAJ) PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	63
AAK) LINEE GUIDA PER LA DEMATERIALIZZAZIONE	67
AAL) ALTRI ASPETTI DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA	68
AAM) STANDARD PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE DEL SSN EX ART. 12, COMMA 1, LETT. B), PATTO PER LA SALUTE 2010-2012.....	71
AAN) PIANO PER LA MALATTIA DIABETICA	73
AAO) LINEE DI INDIRIZZO PER LA TELEMEDICINA.....	74

E) Griglia LEA

OBIETTIVO

Fornire una panoramica complessiva dell'effettiva erogazione dei Lea attraverso un punteggio finale

Ripartizione degli indicatori e dei pesi

Livello di assistenza	Dimensioni del livello di assistenza	N. Indicatori	Peso complessivo del livello di assistenza
Prevenzione	6	11	5
Assistenza distrettuale	9	13	11
Assistenza ospedaliera	5	7	9
TOTALE	20	31	25

Assegnazione dei punteggi

1	VALORE NORMALE	9 punti
2	SCOSTAMENTO MINIMO	6 punti
3	SCOSTAMENTO RILEVANTE MA IN MIGLIORAMENTO	3 punti
4	SCOSTAMENTO NON ACCETTABILE	0 punti
5	DATO MANCANTE O PALESEMENTE ERRATO	- 1 punto

Esito della verifica

Valutazione	Intervallo del punteggio
Adempiente	> 160
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	130 - 160
Inadempiente	< 130

E) Griglia LEA – Prevenzione

Livello di assistenza	Definizione	Significato
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	
	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	
	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (introdotto nel 2010)	<i>L'obiettivo dell'indicatore è di descrivere le attività dei programmi organizzati di screening e l'adesione da parte della popolazione eleggibile. Si vuole fornire una valutazione complessiva del rispetto del LEA per tutti e tre i programmi di screening</i>



- $\frac{\text{Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella}}{[\text{donne residenti (50-69)} / 2]}$
- $\frac{\text{Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina}}{[\text{donne residenti (25-64)} / 3]}$
- $\frac{\text{Persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto}}{[\text{persone residenti (50-69)} / 2]} * 100$

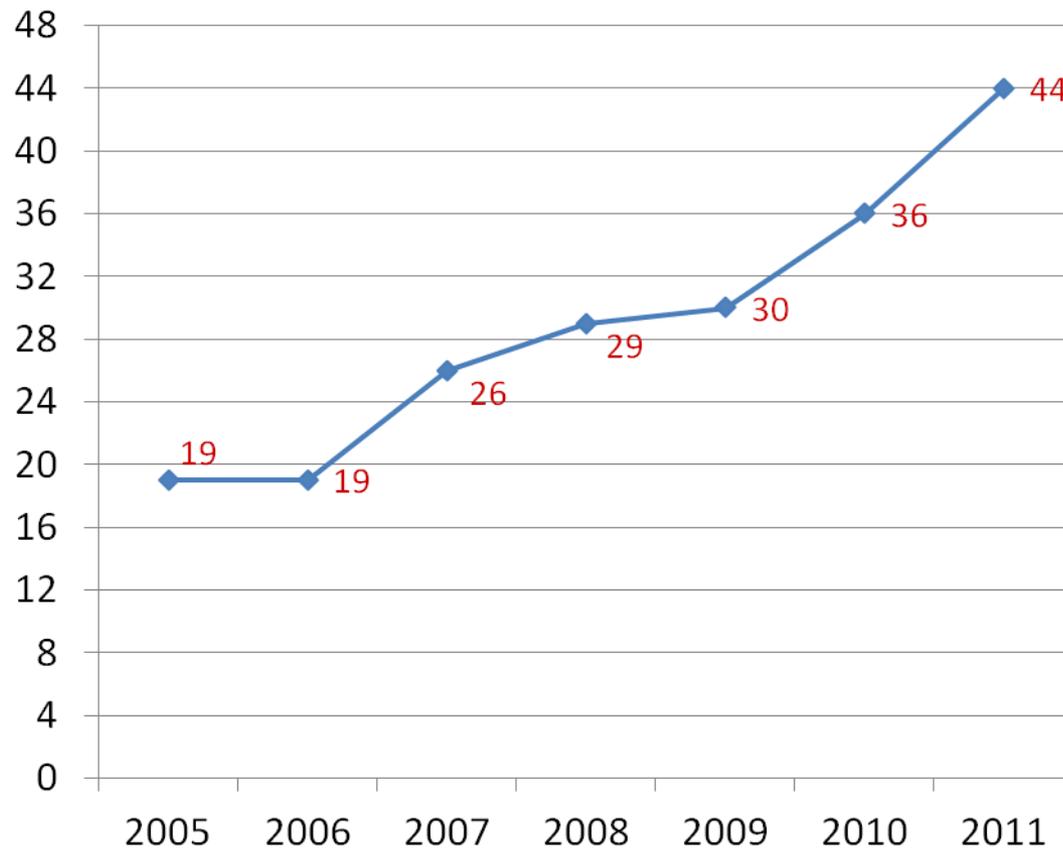
Lo score totale dell' indicatore è calcolato sommando gli scores dei singoli programmi di screening a cui è attribuibile un punteggio che varia da 0 a 5:

SCORE	0	1	3	5
Scr. Mam	0% - 5%	6% - 34%	35% - 59%	≥ 60%
Scr.. Cerv.	0% - 5%	6% - 24%	25% - 49%	≥ 50%
Scr. Colo-rettale	0% - 5%	6% - 24%	25% - 49%	≥ 50%

Il percorso

Gli adempimenti dal 2005 al 2011

◆ n. adempimenti



Un nuovo approccio

“Gruppo di lavoro adempimenti” - Incontro 14 gennaio 2013-

Condivisione dei seguenti principi generali:

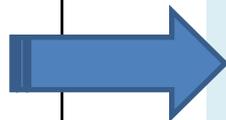
- Oltre al recepimento formale degli atti da parte regionale è necessario verificare l'applicazione delle norme e sostanzialmente l'efficacia nella programmazione regionale. **Potrebbe essere utile servirsi di indicatori quantitativi**
- Nei criteri di valutazione bisogna tenere conto di eventuali impegni previsti nella valutazione degli adempimenti degli anni precedenti
- Nei criteri di valutazione è necessaria la coerenza con il Piano di rientro

Promozione di un sistema più SEMPLICE ED EFFICACE, che colga e privilegi gli aspetti più reali e concreti della garanzia dei LEA ai cittadini

Un nuovo approccio

Per tutti gli ambiti

- misurare prevalentemente aspetti quantitativi, che diano sensazione concreta del raggiungimento dell'adempimento (**dal *formale* al *sostanziale***) e individuare indicatori di processo e/o risultato (es. dal recepimento dell'accordo alla messa in atto di azioni dedicate)
- individuare in via prioritaria adempimenti che siano correlati all'erogazione dei LEA che deve avvenire in condizioni di appropriatezza, qualità ed efficienza



Per la prevenzione

- fornire una valutazione di adempimento il più sistemica possibile rispetto ai vari ambiti in cui la prevenzione si articola;
- esprimere un organico riferimento agli atti di pianificazione più rilevanti per la prevenzione;
- **privilegiare, per quanto fattibile, la valutazione delle modifiche dello 'stato di salute' pertinenti ai settori di intervento preponderanti;**
- riconoscere e utilizzare l'effetto di sviluppo che il sistema degli adempimenti esercita sulla programmazione delle attività a livello erogativo

E) Indicatore composito sugli stili di vita

❑ Le malattie cronic-degenerative hanno in comune alcuni **fattori di rischio legati a comportamenti individuali** non salutari modificabili (ma fortemente condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora)



❑ L'indicatore intende descrivere i cambiamenti relativi nel tempo della prevalenza di soggetti con determinati comportamenti/stili di vita, **come proxy dell'outcome/efficacia degli interventi di prevenzione** e di promozione della salute messi in atto sul territorio



❑ L'innovatività dell'indicatore e la necessità di "sinergia" tra tutti gli strumenti valutativi e certificativi in atto impone una prima applicazione sperimentale (**Addendum alla Griglia LEA per gli anni 2013 e 2014; introduzione nella Griglia LEA a partire dal 2015**)

N.	Definizione	Peso
1	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1
	1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	0,2
	1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	0,2
2	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	0,6
3	3.1 Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	0,3
	3.2 Indicatore composito sugli stili di vita	0,7
4	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	0,5

Indicatore composito sugli stili di vita

Punteggi	<p>FUMO 0 = Mai fumatore ed ex-fumatore (non fuma attualmente) 1 = Fumatore moderato (<20 sigarette) 2 = Fumatore forte (≥ 20 sigarette)</p> <p>ECESSO PONDERALE 0 = Normopeso + sottopeso (BMI < 25 kg/m²) 1 = Sovrappeso (BMI: [25.0-29.9] kg/m²) 2 = Obeso (BMI ≥ 30 kg/m²)</p> <p>ALCOL 0 = Astemio + consumo moderato 1 = Consumo a rischio (consumo abituale elevato, binge, fuori pasto,)</p> <p>SEDENTARIETA' 0 = Parzialmente attivi (nessuna attività lavorativa pesante + attività fisica nel tempo libero che non raggiunge però i livelli raccomandati dalle linee guida, ovvero, meno di 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana o meno di 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni settimanali) o Attivi (secondo le linee guida) 1 = Sedentari (nessuna attività lavorativa pesante + nessuna attività nel tempo libero)</p>
Calcolo	<ul style="list-style-type: none">• Per ogni unità intervistata si sommano i punteggi dei quattro indicatori semplici.• Il range della somma dei punteggi varia da 0 a 6.• Al valore zero è associata la popolazione contemporaneamente non fumatrice, normopeso, non sedentaria e astemia o con consumo moderato di alcol.• Al valore 6 è associata la popolazione contemporaneamente forte fumatrice, obesa, sedentaria e con consumo rischioso di alcol. Ai valori intermedi saranno associate popolazioni che presentano uno o più fattori di rischio.• Ogni Regione avrà quindi la propria popolazione suddivisa nelle varie classi di punteggio (0,1,2, ...)• L'indicatore per ogni singola Regione è rappresentato dalla prevalenza della popolazione con valore maggiore o uguale al valore soglia
Valutazione	<ul style="list-style-type: none">• Il valore soglia (indicato per la prima sperimentazione) è: 2• Significato: più è alta la percentuale delle persone con punteggio maggiore o uguale a 2, più la popolazione regionale può considerarsi caratterizzata da comportamenti a rischio.

Indicatore composito sugli stili di vita

Definizione	Peso	Punteggi di valutazione					Validità del dato
		Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0	-1	
3.2 Indicatore composito sugli stili di vita	0,7	la prevalenza osservata della popolazione con punteggio ≥ 2 presenta un IC 95% sovrapponibile all'IC 95% della prevalenza al tempo t0 (atteso 2012)	la prevalenza osservata della popolazione con punteggio ≥ 2 presenta un IC 95% sovrapponibile all'IC 90% della prevalenza al tempo t0 (atteso 2012)	(si può calcolare solo a partire dal secondo anno) si considera uno scostamento non accettabile ma migliore rispetto all'anno precedente	la prevalenza osservata della popolazione con punteggio ≥ 2 presenta un IC 95% il cui estremo inferiore è maggiore dell'estremo superiore all'IC 90% della prevalenza al tempo t0 (atteso 2012)	Per ogni anno dal 2013 al 2016	
		la prevalenza osservata della popolazione con punteggio ≥ 2 presenta un IC 95% il cui estremo superiore è minore dell'estremo inferiore dell'IC 95% della prevalenza al tempo t0 (atteso 2012)	la prevalenza osservata della popolazione con punteggio ≥ 2 presenta un IC 95% il cui estremo superiore è minore dell'estremo inferiore dell'IC 90% della prevalenza al tempo t0 (atteso 2012)	si considera uno scostamento non accettabile ma migliore rispetto all'anno precedente	la prevalenza osservata della popolazione con punteggio ≥ 2 presenta IC 95% sovrapponibile o superiore all'IC 90% della prevalenza al tempo t0 (atteso 2012)		

Adempienza se:

**Annualmente:
Non peggioramento significativo rispetto alla stima di trend**

**Al quinto anno:
Miglioramento significativo rispetto alla stima di trend**

Questionario LEA



Ministero della Salute

**DIREZIONE GENERALE DELLA
PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

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

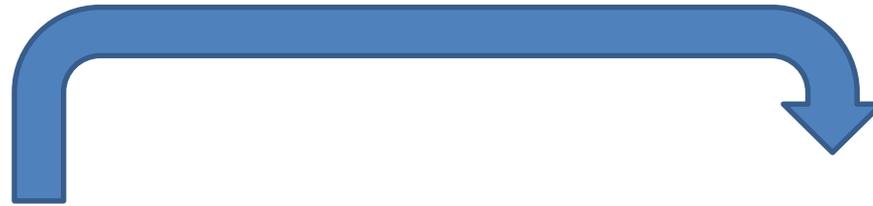
**RACCOLTA DELLA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA
VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI RELATIVI ALL'ANNO 2014**

REGIONE _____

INDICE

C) OBBLIGHI INFORMATIVI	3
E) MANTENIMENTO EROGAZIONE DEI LEA	9
F) ASSISTENZA OSPEDALIERA	12
G) APPROPRIATEZZA	15
H) LISTE D'ATTESA	16
L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA.....	19
N) CONTABILITA' ANALITICA.....	20
O) CONFERMABILITA' DIRETTORI GENERALI	21
P) DISPOSITIVI MEDICI.....	22
S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	23
T) TRAPIANTI ORGANI E TESSUTI	27
U) PREVENZIONE	28
V) PIANO NAZIONALE AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO	29
X) IMPLEMENTAZIONE Percorsi Diagnostico - Terapeutici	30
Y) LEA AGGIUNTIVI.....	32
AH) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE.....	33
AJ) SPERIMENTAZIONI ED INNOVAZIONI GESTIONALI	35
AK) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE EROGANTI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO.....	37
AM) CONTROLLO CARTELLE CLINICHE	40
AO) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE.....	42
AP) SANITA' PENITENZIARIA	45
AS) RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI	47
AT) Percorsi Attuativi della Certificabilità dei Bilanci degli Enti del SSN.....	50
AU) SISTEMA CUP	51
AAB) SISTEMA INFORMATIVO PER SALUTE MENTALE NSIS-SISM	52
AAC) SISTEMA INFORMATIVO PER LA DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI NSIS-SIND	53
AAD) SISTEMA FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)	54
AAE) ATTIVITA' TRASFUSIONALI	55
AAF) PERCORSO NASCITA.....	57
AAG) EMERGENZA-URGENZA	58
AAH) CURE PRIMARIE	60
AAI) RIABILITAZIONE	61
AAJ) PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	63
AAK) LINEE GUIDA PER LA DEMATERIALIZZAZIONE	67
AAL) ALTRI ASPETTI DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA	68
AAM) STANDARD PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE DEL SSN EX ART. 12, COMMA 1, LETT. B), PATTO PER LA SALUTE 2010-2012.....	71
AAN) PIANO PER LA MALATTIA DIABETICA	73
AAO) LINEE DI INDIRIZZO PER LA TELEMEDICINA.....	74

U) Prevenzione



U) Piano nazionale della prevenzione

(Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005; Intesa Stato Regioni 29 aprile 2010)



Valutazione della pianificazione e monitoraggio dello stato di avanzamento nell'attuazione dei programmi/progetti dei PRP, utilizzando metodologia e criteri concordati nell'Intesa Stato Regioni 10 febbraio 2011

U) Prevenzione



PRP
+
Indicatori traccianti delle attività di prevenzione e/o proxy dei risultati in termini di salute

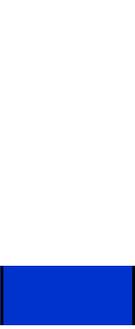
Adempimento U)

- Articolato in diversi indicatori
- Ad ogni indicatore viene attribuito un peso (somma 100)
- Al valore osservato di ogni indicatore viene attribuito un punteggio a seconda del range di scostamento dal valore soglia definito per l'indicatore
- La somma dei punteggi pesati fornisce il valore complessivo di U)
- **La Regione è considerata adempiente se tale valore è superiore al valore soglia (80)**

Adempimento U)

 Criterio valutativo

 Criterio informativo

Indicatori	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
U.1 Piano regionale della prevenzione (PRP)				
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)				
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)				
U.3 Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai rapporti successivi a quello di prevalenza				
U.5 Unità locali oggetto di intervento ispettivo				

pesi



Adempimento U)

 Criterio valutativo

 Criterio informativo

Indicatori	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
U.1 Piano regionale della prevenzione (PRP)	35	30		20
U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	15	15	20	20
U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)	15	15	20	20
U.3 Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai rapporti successivi a quello di prevalenza	25	30	45	20
U.5 Unità locali oggetto di intervento ispettivo	10	10	15	20

pesi



U. 3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza

Anno 2012

Formula	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Calcolo effettuato da:	Razionale/significato	Note
Numeratore : numero dei cancro invasivi screen-detected Denominatore: numero di tutti i cancro screen-detected *100	<= 25%	25 se U.3<=25 15 se 26<=U.3<=27,5 0 se U.3>27,5	Sistema informativo screening: dati elaborati dall'Osservatorio Nazionale Screening. L'indicatore può essere calcolato annualmente	Indicatore tracciante della capacità di predisporre interventi di prevenzione secondaria di popolazione. Esprime la capacità del programma di screening di identificare i tumori precocemente in modo da ottimizzare le capacità di intervento. Riferimento: indicatore delle Linee guida Europee.	

U. 3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza

Anno 2013

Formula	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Calcolo effettuato da:	Razionale/significato	Note
<p>Numeratore: numero dei cancro invasivi screen- detected</p> <p>Denominatore: numero di tutti i cancro screen- detected *100</p>	<= 25%	<ul style="list-style-type: none"> •30 se U.3<=25% e copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=75% e percentuale missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% •15 se U.3<=25% e copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% e percentuale missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota) <=10% •7,5 se U.3<=25% e copertura dello screening mammografico (griglia LEA) >=20% e <35% e percentuale missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota) >10% •0 se U.3>25% o copertura dello screening mammografico (griglia LEA) <20% 	<p>Sistema informativo screening: dati elaborati dall'Osservatori o Nazionale Screening.</p> <p>L'indicatore può essere calcolato annualmente</p>	<p>Indicatore tracciante della capacità di predisporre interventi di prevenzione secondaria di popolazione. Esprime la capacità del programma di screening di identificare i tumori precocemente in modo da ottimizzare le capacità di intervento.</p> <p>Riferimento: indicatore delle Linee guida Europee.</p>	<p>Si accede alla valutazione dei cancro avanzati screen detected solo se si è raggiunto un dato livello di copertura dello screening mammografico (20%) e se il numero dei missing non supera un determinato livello (10%)</p>

U. 3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza

Anno 2014

Formula	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Calcolo effettuato da:	Razionale/significato	Note
<p>Numeratore: numero dei cancro invasivi screen-detected</p> <p>Denominatore: numero di tutti i cancro screen-detected *100</p>	<p><= 25%</p>	<p>45 se U.3<=25% e valore indicatore Griglia LEA relativo al solo screening mammografico >=45% e percentuale missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota) <=20%</p> <p>25 se U.3<=25% e valore indicatore Griglia LEA relativo al solo screening mammografico >=30% e <45% e percentuale missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota) <=20%</p> <p>10 se U.3<=25% e valore indicatore Griglia LEA relativo al solo screening mammografico >=20% e <30% e percentuale missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota) <=20%</p> <p>0 se si presenta almeno una delle condizioni seguenti: U.3>25%</p> <ul style="list-style-type: none"> •valore indicatore Griglia LEA relativo al solo screening mammografico <20% •percentuale missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota)>20% 	<p>Sistema informativo screening: dati elaborati dall'Osservatorio Nazionale Screening. L'indicatore può essere calcolato annualmente</p>	<p>Indicatore tracciante della capacità di predisporre interventi di prevenzione secondaria di popolazione. Esprime la capacità del programma di screening di identificare i tumori precocemente in modo da ottimizzare le capacità di intervento. Riferimento: indicatore delle Linee guida Europee.</p>	<p>Si procede al calcolo dell'indicatore U.3 solo se si è raggiunto un dato valore dell'indicatore Griglia LEA relativo al solo screening mammografico (20%) e se la percentuale dei cancro invasivi la cui stadiazione è ignota non supera un determinato livello (20%)</p>

U. 3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza

Anno 2015

Formula	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Calcolo effettuato da:	Razionale/significato	Note
<p>Numeratore: numero dei cancro invasivi screen-detected</p> <p>Denominatore: numero di tutti i cancro screen-detected *100</p>	<= 25%	<p>Punteggio su se: % cancro avanzati <25% indicatore Griglia LEA >50% % missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota) <10% Il punteggio massimo (pari a 20) viene penalizzato nel modo seguente:</p> <p>% cancro avanzati <25% penalizzazione = 0 25% -30% penalizzazione = 4 >30% penalizzazione = 13</p> <p>Indicatore Griglia LEA >50% penalizzazione = 0 35% - 50% penalizzazione = 2 20% -34 % penalizzazione = 4 10%- 19% penalizzazione = 9 <10% penalizzazione = 20</p> <p>% missing <10% penalizzazione = 0 10% - 20% penalizzazione= 4 >20% penalizzazione = 9</p>	<p>Sistema informativo screening: dati elaborati dall'Osservatorio Nazionale Screening. L'indicatore può essere calcolato annualmente</p>	<p>Indicatore tracciante della capacità di predisporre interventi di prevenzione secondaria di popolazione. Esprime la capacità del programma di screening di identificare i tumori precocemente in modo da ottimizzare le capacità di intervento. Riferimento: indicatore delle Linee guida Europee.</p>	

U. 3 Proporzioe di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza

Pro - Contro

- ✓ E' un indicatore di prevenzione secondaria
- ✓ Fornisce l'informazione più vicina all'outcome desumibile dai flussi ordinari
- ✓ **Disponibilità, tempestività, validità dell'informazione strettamente legate alla "qualità" organizzativa (inclusi i sistemi informativi) dell'intero percorso del programma di screening**

.....

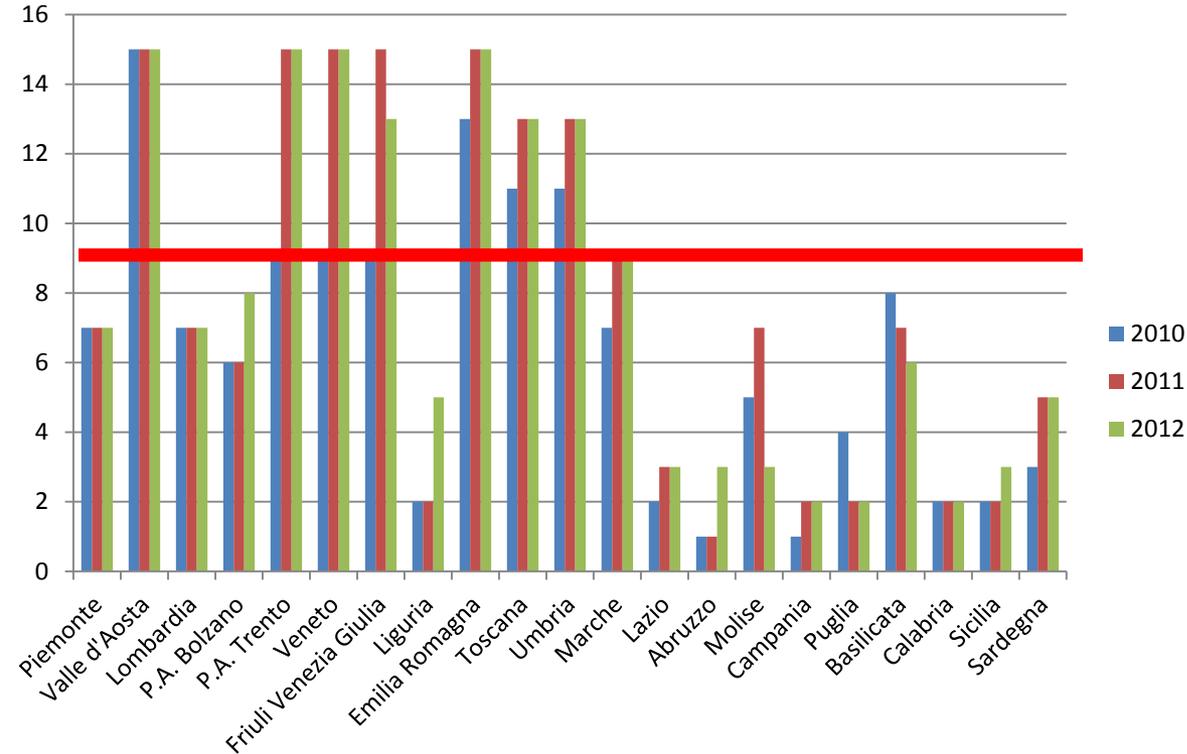
.....

.....

Proposte??

Qualche risultato

Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per:ervice uterina, mammella e colon retto (score)



Esiti valutazione U.3 (punteggi)

Regione	Anno 2012	Anno 2013
Abruzzo	Red	Red
Basilicata	Green	Green
Calabria	Red	Red
Campania	Red	Red
Emilia Romagna	Green	Green
Lazio	Green	Yellow
Liguria	Green	Green
Lombardia	Yellow	Yellow
Marche	Red	Red
Molise	Red	Red
Piemonte	Red	Yellow
Puglia	Green	Red
Sicilia	Red	Red
Toscana	Green	Green
Umbria	Green	Green
Veneto	Yellow	Yellow

Le nuove sfide

Tasso di identificazione di adenoma avanzato sulla popolazione generale

numero di adenomi avanzati diagnosticati allo screening in soggetti di età 50-69 anni di entrambi i sessi al primo episodio di screening + successivi / popolazione residente nella regione di età 50-69 anni di entrambi i sessi

- ❑ è una misura dell'impatto del programma di screening sulla popolazione (e non solo sugli screenati o sugli aderenti alla colonscopia...);
- ❑ permette di valutare in maniera omogenea i programmi che utilizzano il test per la ricerca del sangue occulto fecale – SOF) e quelli misti (rettosigmoidoscopia + SOF);
- ❑ misura l'impatto dell'intera filiera dello screening e pertanto è sensibile alle diverse azioni di miglioramento già in campo e/o attuabili: estensione degli inviti, adesione al primo livello, adesione all'approfondimento, sensibilità diagnostica alla colonscopia, correttezza delle diagnosi anatomopatologiche
- ❑ sposta il focus dell'impatto dei programmi dalla riduzione di mortalità ottenibile riducendo il tasso di tumori in stadio avanzato alla riduzione di incidenza (e quindi di mortalità) che si ottiene attraverso la bonifica di precursori del tumore; questo valorizza la specificità del programma di screening coloretale, che ottiene risultati anche sull'incidenza e non solo sulla mortalità

PNP 2014-2018MO1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT

Fattori di rischio /determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali	atteso al 2018
Lesioni precancerose e cancerose iniziali per i carcinomi della cervice uterina, della mammella del colon retto	Identificazione precoce con programmi di popolazione dei soggetti a rischio per i carcinomi della cervice uterina, della mammella e del colon retto per età	Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	<input type="checkbox"/> Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening sulla popolazione bersaglio	
		Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	<input type="checkbox"/> Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio	
		Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	<input type="checkbox"/> Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP) <input type="checkbox"/> Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	
Rischio eredo-familiare per tumore della mammella	Definizione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	<input type="checkbox"/> Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP) <input type="checkbox"/> Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)	

Grazie della collaborazione!