

Il performance management nell'area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti

Gaetana Ferri, Franco Fucilli, Gioacchino De Sandoli, Sarah Guizzardi, Carla Campagnoli, Romano Marabelli*,**

A partire dal 2007 è stata avviata dal Ministero della Salute, nell'ambito delle procedure del Comitato LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) per l'appropriatezza, l'efficienza e la congruità delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), una valutazione annuale, tramite indicatori quali/quantitativi, dell'efficienza operativa dei Servizi regionali di

sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. Nel presente lavoro sono descritti i principi di riferimento, le modalità e gli aspetti più significativi emersi nel corso di tale esperienza durata oltre un decennio.

Il sistema di valutazione ha contribuito all'evoluzione del processo di programmazione, a livello nazionale, regionale e locale, e ha avuto evidenti riflessi positivi mostrandosi come un punto di riferimento per quantificare le risorse umane e strumentali, e per la capacità di laboratorio, contribuendo alla chiarezza e coordinamento delle amministrazioni sanitarie sugli obiettivi operativi valutati.

L'adozione di un articolato strumento di management ha inoltre offerto utili informazioni ai decisori (*policy-makers*) nella fase di contrazione del finanziamento e di ricambio generazionale che ha interessato il SSN dal 2008, e che si protrae tuttora¹.

Parole chiave: indicatori in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, strumenti di programmazione e di

S O M M A R I O

1. Premessa
2. Esigenze/obiettivi (domanda di ricerca)
3. Principi ispiratori e metodologia
4. Strumenti adottati
5. Risultati raggiunti
6. Conclusioni

* Gaetana Ferri, già Direttore Generale della Direzione generale della sanità animale e dei farmaci veterinari e della Direzione Generale igiene e sicurezza alimenti e della nutrizione del Ministero della Salute.

Franco Fucilli, Dirigente medico veterinario presso l'Ufficio Audit, della Direzione generale igiene e sicurezza alimenti e della nutrizione del Ministero della Salute. Corresponding author: Ministero della Salute, Ufficio 3 - DGISAN, via Giorgio ribotta 5 - Cap. 00144, Roma. E-mail: f.fucilli@sanita.it.

Gioacchino De Sandoli, Dirigente medico veterinario, Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti - AULSS 7 Pedemontana - Regione Veneto, già Dirigente medico veterinario presso il Ministero della Salute.

Sarah Guizzardi, Dirigente medico veterinario presso il Ministero della Salute.

Carla Campagnoli, Direttore medico veterinario dell'Ufficio Audit della Direzione generale igiene e sicurezza alimenti e della nutrizione del Ministero della Salute.

Romano Marabelli, Consigliere della Direttrice Generale dell'OIE, già Segretario Generale del Ministero della Salute e già Capo del Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti.

** Gli autori hanno contribuito alle attività descritte nel presente lavoro nell'ambito dei rispettivi ruoli e funzioni ricoperti nel Ministero della Salute. Gli autori desiderano segnalare che le opinioni espresse hanno carattere personale e non impegnano in alcun modo la responsabilità del Ministero o di altre Amministrazioni.

¹ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019; pp. 64-65. Recuperato da: https://salviamo-ssn.it/var/uploads/contenuti/allegati/4_Rapporto_GIMBE_Sostenibilita_SSN.pdf.

governance, Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), verifica adempimenti, prevenzione in sanità pubblica veterinaria, strumenti di performance management e performance measurement.

Performance management in Veterinary Public Health Services and Food Safety

In 2007, the Ministry of Health started the annual evaluation of the efficiency of the Italian food safety and veterinary public health services, using qualitative and quantitative indicators, in the framework of the procedures of the “LEA Committee” (Essential Levels of Assistance) for the assessment of appropriateness, efficiency and adequacy of the services provided by the national health system (NHS).

This work describes the guiding principles, the methods and the most significant aspects that emerged during this experience, which lasted over a decade.

The evaluation system has contributed to the evolution of the programming process, at national, regional, and local level, and has had clear positive effects as a reference point to quantify human and instrumental resources as well as laboratory capacity, thus contributing to the clarity on the targets assessed and to the coordination between health authorities in order to achieve them.

The adoption of a complex and analytical management tool also offered useful information to the policy-makers during the phase of defunding and generational turnover, that has affected the NHS since 2008 and is still continuing².

Keywords: *Food safety and Veterinary Public Health indicators, planning and governance tools, essential level of health-care (LEA), verification of compliance,*

prevention in veterinary public health services, performance management tools and performance measurement.

Articolo sottomesso: 21/02/2021, accettato: 14/11/2021

1. Premessa

Il termine “sicurezza alimentare” esprime un concetto che include, sulla base di quanto è stato previsto dal Libro Bianco della Commissione UE del 2000², tutti gli ambiti delle attività riguardanti la produzione degli alimenti vegetali e animali (“dai campi alla tavola” e “*from farm to fork*”). Nel presente articolo si fa riferimento esclusivamente al sottoinsieme di adempimenti e di attività riferibili alle competenze medico-veterinarie e mediche in sanità pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti (SPVeSA). In generale, le attività di controllo sanitario e di prevenzione in tale ambito sono organizzate sulla base di una mappa concettuale che, sulla base dei pericoli, gestisce i rischi prevenendo interventi nei punti di controllo in cui è possibile sviluppare azioni efficaci. Una sintesi di tale mappa è riportata nei paragrafi descrittivi dei *Control Systems* nell’ambito del *Country Profile of Italy* predisposto dal Servizio ispettivo *Health and Food Audits and Analysis* del *Directorate-General For Health And Food Safety* della Commissione UE³.

In Italia le attività della SPVeSA previste dalla legislazione del settore sono sinteticamente ricondotte in un elen-

² Libro Bianco sulla sicurezza alimentare – Bruxelles, 12.1.2000 COM(1999) 719.

³ Cfr. *Country Profiles – Italy* (Ref. Ares(2019)7813004 – 19/12/2019), consultabile su: http://ec.europa.eu/food/audits-analysis/country_profiles/details.cfm?co_id=IT.

co di programmi/attività e prestazioni stabilite con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM), che per il settore in argomento sono principalmente quelle previste nei sottolivelli D ed E dell'allegato 1 (14 programmi/attività per ciascun sotto-livello) del DPCM del 12/01/2017^{4,5}. Tale DPCM definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), vale a dire le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

A partire dal 2007, anche su iniziativa del Chief Veterinary Officer *pro tempore*, la SPVeSA è stata inclusa nella verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza⁶ dei servizi sanitari regionali (SSR), effettuata dal Comitato Paritetico Permanente⁷ attraverso il Tavolo di verifica degli adempimenti, con le procedure previste dall'articolo 12⁸ dell'Intesa Sta-

to-Regioni del 23/03/2005, in conseguenza di quanto disposto con la Legge finanziaria n. 311/2004⁹.

Il Tavolo verifica adempimenti ha il compito di valutare annualmente una serie di elementi/indicatori concernenti le attività assistenziali ospedaliere, distrettuali e dei Dipartimenti di Prevenzione¹⁰. L'impostazione generale di tale processo è quella di disporre di indicatori che in forma molto sintetica possano dare un quadro

sia redatto verbale. Il verbale, che dà conto dei lavori e delle posizioni espresse dai partecipanti, è trasmesso ai componenti del Tavolo e alla Regione interessata. 3. Il Tavolo tecnico: entro il 30 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, fornisce alle Regioni le indicazioni relative alla documentazione necessaria per la verifica degli adempimenti, che le stesse devono produrre entro il successivo 30 maggio; effettua una valutazione del risultato di gestione, a partire dalle risultanze contabili al quarto trimestre ed esprime il proprio parere entro il 30 luglio dell'anno successivo a quello di riferimento; si avvale delle risultanze del Comitato di cui all'art. 9 della presente intesa, per gli aspetti relativi agli adempimenti riportati nell'Allegato 1, al Punto 2, lettere c), e), f), g), h), e agli adempimenti derivanti dagli articoli 3, 4 e 10 della presente intesa; riferisce sull'esito delle verifiche al Tavolo politico, [omissis]. 4. [omissis]. 5. 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 entro il 15 ottobre dell'anno successivo a quello di riferimento per le Regioni adempienti a erogare il saldo, e provvede nei confronti delle Regioni inadempienti ai sensi dell'art. 1, comma 176, della legge n. 311 del 2004."

⁹ Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Legge finanziaria 2005), art. 1, comma 176 e 184, lettera c).

¹⁰ Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria). "Art. 7-ter (Funzioni del dipartimento di prevenzione):

1. In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, il dipartimento di prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

- a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- d) sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale;
- e) tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

f-bis) tutela della salute nelle attività sportive.
2. Il dipartimento di prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali."

⁴ DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

⁵ DPCM del 12 gennaio 2017 che definisce e aggiorna i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

⁶ Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, con particolare riferimento all'art. 1, comma 1, 2, 3, 6, 7 e 8.

⁷ Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (GU n. 105 del 7-5-2005 - Suppl. Ordinario n. 83). Art. 9. Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA: "1. 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. [...]".

⁸ Art. 12. "Tavolo di verifica degli adempimenti. 1. Ai fini della verifica degli adempimenti per le finalità di quanto disposto dall'art. 1, comma 184, lettera c) della legge 30 dicembre 2004, n. 311, è istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, coordinato da un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze e composto da rappresentanti: [omissis]. 2. Il Tavolo tecnico di cui al comma 1 richiede alle singole Regioni la documentazione necessaria alla verifica degli adempimenti. Il Tavolo procede a un primo esame della documentazione, informando le Regioni prima della convocazione, sui punti di criticità riscontrati, affinché esse possano presentarsi con le eventuali integrazioni, atte a superare le criticità individuate. Il coordinatore del Tavolo tecnico dispone che di tutte le sedute

quali/quantitativo dell'erogazione delle attività. Ciascuna Regione, in caso di valutazione positiva di tutti i settori esaminati e/o degli impegni assunti per superare le eventuali criticità emerse, accede a una aliquota aggiuntiva del finanziamento statale (Fondo sanitario), corrispondente ad alcune centinaia di milioni di euro.

La partecipazione al processo di valutazione organizzato con la citata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 si presentava anche come un'opportunità per **far conoscere e comunicare, innanzitutto all'alta dirigenza nazionale e regionale coinvolta dalle attività del Comitato LEA, le attività e l'organizzazione della prevenzione in sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare (SPVeSA)**. Ciò nella consapevolezza che la qualità delle decisioni riguardanti il mantenimento di strutture organizzative e di risorse umane adeguate non può prescindere da una **adeguata conoscenza da parte dei pubblici amministratori** (Marabelli, Mantovani, 1997) della complessità e specificità delle attività e professionalità richieste nel campo, informando le esigenze di contenimento della spesa pubblica e di semplificazione degli uffici con elementi di valutazione più adeguati sui relativi livelli organizzativi (Marabelli *et al.*, 2006). Si tratta di esigenze di comunicazione che si ritrovano, in misura altrettanto consistente, anche in molti altri contesti del Servizio Sanitario Nazionale (Lega, 2016)¹¹.

¹¹ Per esempio, in riferimento all'ambito delle Aziende sanitarie: "Quando si parla di comunicazione [...] si può fare riferimento a una funzione che può avere il compito di presidiare cinque grandi aree obiettivo: 1. Migliorare e presidiare la comunicazione istituzionale; 2. Gestire la crisi dal punto di vista comunicativo; 3. Facilitare il fundraising; 4. Sostenere e contribuire all'immagine building; 5. Sviluppare il valore, inteso come sviluppo del 'brand' aziendale che determina valore sotto diverse forme di ritorno" (Lega F. (2016). *Management e leadership dell'azienda sanitaria*. Milano: Egea, p. 210).

L'adozione di uno strumento di misurazione delle performance (*performance measurement*) si presentava quindi come l'occasione utile per un contestuale beneficio per la gestione delle performance (*performance management*) (Lebas, 1995¹²; Carbone *et al.*, 2013).

Avere Servizi di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare più efficienti ed efficaci è importante, poiché la salute animale e la sicurezza degli alimenti hanno un impatto molto rilevante sull'economia, così come sulla salute umana. Gli animali, e i sistemi sanitari che ne garantiscono la protezione, svolgono infatti un ruolo fondamentale per la sicurezza e il benessere economico e sociale dell'umanità. La consapevolezza di questa rilevanza si è fatta largo in tutto il mondo, e gli aspetti legati alla salute (umana, animale e dell'ambiente) sono stati riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale del Commercio (WTO) come un punto chiave per garantire uno sviluppo economico sostenibile e sono numerosi i Paesi che stanno adottando iniziative per accrescere e potenziare l'efficacia dei servizi veterinari (Parodi *et al.*, 2004).

Le malattie degli animali causano impatti negativi significativi e imprevedibili sui mezzi di sussistenza delle comunità. Oltre il 60% delle malattie animali sono trasmissibili all'uomo (Woolhouse *et al.*, 2005) e circa il 75% di tutte le malattie infettive umane nuove ed emergenti deriva dagli animali attraverso un "salto di specie" (Taylor *et al.*, 2001), il che

¹² "Performance management precedes and follows performance measurement, in a virtuous spiral and performance management creates the context for measurement. Thus any attempt at separating the two processes is bound to be vain" (Lebas, 1995).

rende la salute degli animali e la salute pubblica strettamente correlate¹³. Pertanto, i Servizi pubblici volti a fornire garanzie in questo ambito sono qualificabili come bene pubblico globale, che richiede attenzione e investimenti sostenibili, come anche sottolineato dall'OIE¹⁴. Si tratta di "prestazioni" nell'ambito del settore della salute, riconducibili al concetto di bene pubblico¹⁵ (Lega, 2016) e quindi di una attività sanitaria che, in questo senso, non è assimilabile ad altre filiere sanitarie (principalmente rivolte a favore dei fruitori diretti dei servizi destinati alla cura della persona) e richiede un suo specifico contesto organizzativo.

La sanità pubblica veterinaria infatti è sostanzialmente connotata da finalità che non si limitano al soddisfacimento

della domanda da parte di singoli utenti o di specifici territori aziendali, ma risponde a finalità di profilassi internazionale e/o a programmi nazionali di controllo, generalmente coordinati dalla Commissione europea, per la gestione dei pericoli e dei rischi sanitari relativi a questo ambito¹⁶. Peraltro, l'esigenza, per la collettività, di disporre di Servizi Veterinari pubblici o, in esteso, di Servizi di Igiene pubblica è da considerarsi un elemento storicamente acquisito (Cipolla, 1989)¹⁷.

¹⁶ La salute pubblica dipende dall'interazione uomo-animale-ambiente. Vi è una crescente consapevolezza delle istituzioni UE e internazionali della necessità di definire e attuare politiche di coordinamento multisettoriali per ottenere migliori risultati di salute pubblica (One Health approaches). Per una cronologia del percorso di sviluppo di tale approccio si rimanda a quanto pubblicato sui siti web dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" (IZSAM) e del Centre for Disease Control and Prevention, rispettivamente: https://www.izs.it/BENV_NEW/Engine/RAServePG.php/P/251810040609/L/0; https://www.cdc.gov/onehealth/basics/history/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fonehealth%2Fpeople-events.html.

¹⁷ Cipolla C.M., *Miasmi ed umori: ecologia e condizioni sanitarie in Toscana nel Seicento*, Ed. il Mulino, 1989: "Si è chiarito in altra sede che l'Italia settentrionale si dette tra il 1348 e il 1700 una struttura d'avanguardia in Europa nel settore della prevenzione sanitaria e dell'igiene pubblica con la istituzione nelle maggiori città di Uffici o meglio di Magistrature di sanità. All'origine di questi sviluppi stavano le ripetute epidemie di peste [...]. ... Nella prima metà del Quattrocento a Milano, nel 1486 a Venezia, nel 1527 a Firenze questi uffici furono trasformati in magistrature permanenti. La ragione della trasformazione è ben illustrata dal documento fiorentino che istituiva nel 1527 il locale Ufficio di sanità su base permanente. Dice il documento fiorentino che non si era in grado di 'perfettamente provvedere' ai problemi posti dall'epidemia 'senza un ufficio che ne tenga particolare cura' e che d'altra parte se si aspettava quando oramai c'era 'el sospetto di contagione' allora il 'far simile ufficio si ha con difficoltà'. La trasformazione degli Uffici di sanità da istituzioni temporanee in istituzioni permanenti [...] rifletteva il critico e ponderoso passaggio dal primitivo e semplice stadio di tappabuco al ben più maturo e intelligente stadio dell'azione preventiva. Ciò comportava non tanto la creazione di cariche permanenti e l'assunzione di personale su base permanente quanto la estensione dell'area di intervento e la modifica del tipo e della qualità degli interventi. [...] Se nel bel mezzo di una epidemia la gran parte delle energie e delle risorse delle Magistrature di Sanità era assorbita dall'istituzione e gestione dei lazzaretti, dalla chiusura delle case infette, dalla creazione di cimiteri riservati all'interramento dei morti di peste, dalla precezione dei medici, dalla regolamentazione dell'attività dei becchini, in tempo di bonaccia le Magistrature permanenti di Sanità dedicavano maggiore attenzione e maggiori risorse a tutta una diversa e ben più vasta e

¹³ United Nations Environment Programme and International Livestock Research Institute (2020). Preventing the Next Pandemic: Zoonotic diseases and how to break the chain of transmission. Nairobi, Kenya, pp. 15 e 19. (<https://www.unep.org/resources/report/preventing-future-zoonotic-disease-outbreaks-protecting-environment-animals-and>).

¹⁴ "For these compelling reasons, supporting the livestock sector through investments in national Veterinary Services, based on international standards and principles of 'good governance', protects and develops all communities, from global to local". Monique Eloit – Director General, World Organisation for Animal Health (OIE) – Role and importance of veterinary services – OIE. Consultabile su: <https://www.oie.int/en/solidarity/role-and-importance-of-veterinary-services/>.

¹⁵ "Con il termine bene pubblico si intende l'insieme di beni e servizi che sono caratterizzati da non rivalità e non escludibilità (Borgonovi, 1990; 1996; 2004) La non rivalità implica che il consumo di tali beni da parte di un individuo non impedisce il consumo simultaneo da parte di un altro, mentre la non escludibilità presuppone una situazione in cui sia tecnicamente impossibile escludere qualcuno dal consumo di un bene. Nell'ambito del settore sanitario sono beni pubblici, per esempio, il servizio di igiene pubblica, la prevenzione collettiva, il controllo degli alimenti, la protezione ambientale, la depurazione delle acque, l'emergenza sanitaria ecc. In altri termini possiamo definire pubblici quei beni i cui benefici si distribuiscono a favore dell'intera collettività di consumer, a prescindere dal fatto che questi ultimi desiderino acquistarli (e pagarne il relativo prezzo) o meno. In presenza di beni pubblici, la teoria economica dimostra che il mercato, lasciato libero di funzionare, provvederebbe una quantità del bene inferiore all'ottimo [...] Ecco perché in alcuni ambiti della sanità è necessario l'intervento pubblico diretto" (Lega F. (2016). *Management e leadership dell'azienda sanitaria*. Milano: Gea, p. 8).

Un adeguato management dei servizi veterinari è dunque imprescindibile per uno sviluppo economico sostenibile¹⁸ (Msellati *et al.*, 2012).

Si è dunque colta l'opportunità di usare le tecniche offerte dal Sistema di Verifica Adempimenti LEA per sollecitare e migliorare le capacità organizzative, programmatiche e attuative delle attività dei Servizi, mediante criteri per la valutazione (indicatori) riproposti annualmente e, contestualmente, per incrementare il grado di consapevolezza circa le attività dei servizi veterinari pubblici (che non vanno confuse con la tradizionale cura degli animali operata dai veterinari privati), e rafforzarne il ruolo nell'ambito del SSN. Si tratta infatti di un ruolo poco conosciuto, sia dall'opinione pubblica

variegata gamma di misure. Le quali misure di carattere preventivo si andarono facendo nel corso del tempo sempre più numerose e diversificate. Così le Magistrature di Sanità vennero a occuparsi della qualità dei generi alimentari venduti sui mercati, dei movimenti dei mendicanti e delle prostitute, delle condizioni igieniche prevalenti nelle case, delle farmacie e della qualità e dei tipi di farmaci venduti, delle fognature, del funzionamento degli ospedali, delle attività della professione medica, delle condizioni igieniche delle taverne e delle bettole, del movimento delle merci dei viaggiatori, dei pellegrini e delle navi, delle quarantene delle navi dei viaggiatori e delle merci sospette, della istituzione dei passaporti sanitari dei viaggiatori e delle merci.... E mille altre cose ancora" pp. 11-12 (Capitolo I – Gli Uffici di Sanità in Italia e le concezioni epidemiologiche nel tardo medioevo e agli inizi dell'età moderna).

¹⁸ "As well as having a catastrophic impact on human life and health, outbreaks of zoonotic disease can result in enormous economic losses. The recent pandemics of severe acute respiratory syndrome (SARS), highly pathogenic avian influenza (HPAI H5N1) and influenza A (H1N1) were reminders of the persistent risk of emerging infectious zoonotic diseases and the economic losses they cause. Studies undertaken between 1997 and 2009 on the direct and indirect costs of six potential pandemics (Nipah Virus in Malaysia, West Nile fever in the USA, SARS in Asia, Canada and elsewhere, HPAI in Asia and Europe, bovine spongiform encephalopathy in the USA and the United Kingdom [UK], and Rift Valley fever in Tanzania, Kenya and Somalia) estimated the total economic losses to have been about US\$80 billion, equivalent to US\$6.7 billion per year (28). Other non-zoonotic highly contagious transboundary diseases, such as foot and mouth disease (FMD), can also have profound economic effects, not only for agriculture and the farming industry, but also for the tourism sector. For instance, the total cost of the FMD outbreaks in the UK in 2001 has been estimated at US\$9-13 billion (10, 11)" (Msellati *et al.*, 2012).

sia dai top manager, e perciò, a giudicare dall'esiguità della letteratura scientifica di riferimento, sostanzialmente non approfondito nella trattazione di argomenti di economia sanitaria e di performance management.

2. Esigenze/obiettivi (domanda di ricerca)

Da tempo si sentiva la necessità (Bellani, Caporale, 1982) di disporre di un **sistema di verifica** del livello quantitativo del complesso degli adempimenti e delle attività svolte nell'ambito della SPVeSA.

In passato vi sono stati vari tentativi di definire, nell'ambito di norme sanitarie, indicatori per tale ambito, come per esempio nel caso del D.P.R. 24/12/92¹⁹, del D.M. 24/07/95²⁰ o

¹⁹ D.P.R. 24/12/92 "Definizione dei livelli uniformi di assistenza" (GU Serie Generale n. 153 del 2 luglio 1993), che prevedeva, per il settore alimentare e veterinario, i seguenti indicatori:

- 1) numero dei casi di tossinfezione alimentare / 100.000 abitanti;
- 2) numero dei casi di salmonellosi / 100.000 abitanti;
- 3) numero dei casi di epatite A / 100.000 abitanti;
- 4) numero degli allevamenti controllati per l'attuazione dei piani di eradicazione, profilassi, o monitoraggio / totale degli allevamenti;
- 5) prevalenza di allevamenti infetti / totale allevamenti;
- 6) incidenza di allevamenti infetti / totale degli allevamenti.

²⁰ Decreto del 24 luglio 1995 "Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio sanitario nazionale" (GU Serie Generale n. 263 del 10-11-1995), che prevedeva, per il settore alimentare e veterinario, i seguenti indicatori:

- 1) numero di insediamenti produttivi censiti;
- 2) numero di impianti per la trasformazione e la lavorazione di alimenti di origine animale;
- 3) numero di impianti per la macellazione;
- 4) numero dei veterinari / popolazione residente x 1.000;
- 5) numero dei veterinari / numero Unità Bovino Equivalenti x 10.000;
- 6) numero di insediamenti produttivi sottoposti a ispezione / numero insediamenti produttivi censiti x 100;
- 7) numero di allevamenti controllati per l'attuazione dei piani di eradicazione, profilassi o monitoraggio / numero veterinari;
- 8) numero atti di vigilanza veterinaria effettuati / numero veterinari;
- 9) numero determinazioni del mercurio effettuate nelle matrici alimentari / popolazione residente x 10.000;
- 10) numero determinazioni di composti organo-clorurati effettuate nelle matrici alimentari / Popolazione residente x 10.000;
- 11) numero nuovi casi di T.B.C. / popolazione residente x 10.000;

del D.M. 12/12/01²¹. Per vari motivi tali indicatori non hanno prodotto gli effetti attesi, sia comunicativi/informativi sia di performance management. Nell'ambito della SPVeSA italiana erano state anche avanzate proposte articolate (Bernardi, 2005), che prevedevano un set di indicatori indirizzati verso una funzione conoscitiva e di monitoraggio, riproponenti l'impostazione prevista dalle citate norme. Con il nuovo contesto di verifica, richiamato in premessa, si voleva quindi cogliere anche l'occasione per supportare lo sviluppo e il miglioramento delle performance dei Servizi di SPVeSA.

Infatti, se da un lato l'orientamento del Tavolo era implicitamente volto a esprimere valutazioni sintetiche, con l'**individuazione di indicatori che, guardando "una parte per il tutto", potessero fungere da "spia", ed essere rappresentativi dell'insieme delle attività erogate dal Servizio Sanitario Regionale**, dall'altro lato si sentiva la necessità di disporre, per le esigenze operative delle autorità competenti in SPVeSA²², di un sistema di

valutazione **organico, in grado di coprire tutti gli ambiti di competenza e al contempo sufficientemente analitico**, che rendesse **confrontabili** le diverse realtà regionali e consentisse inoltre di **monitorare le serie storiche** dei risultati ottenuti, integrando le precedenti modalità di controllo (documentali, ispettive e di audit). Esigenze confortate anche da esperienze consolidate in altri settori, con lo sviluppo di varie modalità di performance measurement e management (Lebas, 1995; Carbone *et al.*, 2013; Lega, 2016).

Ulteriore obiettivo era quello di far emergere – al fine del loro superamento – le eventuali criticità operative, come per esempio i ritardi e le lacune nella trasmissione dei dati al Ministero della Salute che deve poi aggregare per l'inoltro alla Commissione europea.

Inoltre, nel 2007 era in fase di avvio anche il sistema di audit sui "servizi regionali di prevenzione in SPVeSA", e si ravvisava la necessità di disporre – attraverso un "desk audit" basato su indicatori – di informazioni puntuali su un ampio numero di linee di attività, che fornisse un quadro rappresentativo più fedele circa il livello complessivo dell'efficienza operativa, e consentisse di contestualizzare le singole criticità, riducendo il rischio di attribuzione di gradi di importanza errati.

²¹ Il Ministero della salute, le regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, le Aziende sanitarie locali, nell'ambito delle rispettive competenze, sono le Autorità competenti designate, ai sensi dell'articolo 4 del Regolamento, a pianificare, programmare, eseguire, monitorare e rendicontare i controlli ufficiali e le altre attività ufficiali nonché procedere all'adozione delle azioni esecutive previste dagli articoli 137 e 138 del Regolamento, e ad accertare e contestare le relative sanzioni amministrative nei seguenti settori: a) alimenti [...]; b) mangimi [...]; c) salute animale; d) sottoprodotti di origine animale [...]; e) benessere degli animali; d) prescrizioni per l'immissione in commercio e l'uso di prodotti fitosanitari".

¹² numero nuovi casi di malattie infettive intestinali / Popolazione residente x 10.000;

¹³ numero nuovi casi di Epatite Virale A / popolazione residente x 10.000;

¹⁴ numero focolai di malattie infettive in animali da allevamento / numero allevamenti sottoposti a ispezione x 100;

¹⁵ numero determinazioni del mercurio effettuate nelle matrici alimentari con risultato > limite / numero determinazioni del mercurio effettuate nelle matrici alimentari x 100;

¹⁶ numero determinazioni di composti organo-clorurati nelle matrici alimentari con risultato > limite / numero determinazioni di composti organo-clorurati effettuate nelle matrici alimentari x 100;

¹⁷ numero casi di zoonosi / popolazione residente x 100;

¹⁸ quantità di alimenti riconosciuti non idonei / quantità di alimenti controllati x 100.

²¹ Decreto del 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (GU Serie Generale n. 34 del 9 febbraio 2002), che prevedeva, per il settore alimentare e veterinario, i seguenti indicatori:

1) costo per Unità Bovino Equivalente del Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria;

2) tasso di incidenza di Epatite B e T.B.C. polmonare;

3) tasso di incidenza delle malattie infettive.

²² Decreto legislativo 2 febbraio 2021, n. 27. Art. 2:

Sicuramente, come effetto positivo indiretto, ci si attendeva un rafforzamento dell'autorevolezza supportata da un'adeguata qualità informativa che consentisse di affrontare l'impatto dei tagli al finanziamento del SSN e delle razionalizzazioni, spesso tradotte in un semplice razionamento (Lega, 2016)²³. L'adozione di un sistema di performance management avrebbe potuto rivelarsi uno strumento molto utile per accompagnare il processo di attuazione delle modifiche apportate alla Costituzione nel 2001 (inducendo un miglioramento della qualità operativa attraverso una programmazione, esecuzione e rendicontazione puntuale e verificata), con le quali è stato introdotto il concetto di "legislazione concorrente" assegnata alle Regioni, mitigando le eventuali spinte disgregatrici nella linea di comando e valorizzando l'univocità del "servizio veterinario". Lo stesso autore evidenzia che nella prospettiva di un rafforzamento della dimensione aziendale non si può prescindere dallo sviluppo di adeguate funzioni gestionali a sostegno dell'azione manageriale²⁴.

3. Principi ispiratori e metodologia

La necessità di fornire al Tavolo di verifica adempimenti, per ciascuna delle Regioni scrutinate, una valutazione sintetica di adempienza o meno riguardo alla SPVeSA, ha indotto a mettere a fuoco alcuni principi guida e la specifica modalità di analisi, di seguito descritta.

L'individuazione degli oggetti da verificare non è avvenuta partendo dalla definizione a priori di un "cru-

scotto direzionale multidimensionale"²⁵, ma individuando gli elementi disponibili nella reportistica e verificabili senza incertezze, preferendo quelli più rappresentativi del contesto generale della competenza dei Servizi. Nel caso degli indicatori relativi alla farmacovigilanza e ai piani di eradicazione della brucellosi animale la scelta dei criteri è stata anche orientata a indurre un progressivo miglioramento della coerenza delle attività regionali e dei piani nazionali (rispettivamente, per la difficoltà delle Regioni di soddisfare il numero dei controlli previsti dalla normativa, e per alcune lacune nella pianificazione nazionale e/o dei sistemi informativi).

Ulteriore esigenza era quella di rendere evidente, e maggiormente **quantificabile, il carico di lavoro** degli uffici veterinari e alimentari degli enti regionali e aziendali, al fine di fornire elementi necessari per corrispondere al requisito di "risorse umane adeguate" previsto dalla normativa unionale (Regolamenti UE 882/2004, art. 4 (1.c))²⁶ e dal successivo Accordo CSR Rep. 46 del 7 febbraio 2013²⁷.

L'esigenza di sintesi, vincolata dal contesto dell'Intesa del 23/03/2005, non poteva essere quindi disgiunta dalle esigenze di completezza nonché da quelle di analiticità della valutazione della maggior parte delle numerose linee di attività dei Servizi regionali e aziendali.

²⁵ Carbone *et al.*, 2013, p. 9.

²⁶ Regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali. Abrogato dal Regolamento (UE) 2017/625 del 15 marzo 2017.

²⁷ Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, rep. 46 "Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte delle autorità competenti in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria".

²³ Lega F. (2016). *Management e leadership dell'azienda sanitaria*. Milano: Egea, p. 42.

²⁴ *Ibidem*, p. 123.

La macroarea della SPVeSA è infatti organizzata in numerose aree/ambiti di attività, il cui insieme costituisce una “rete di protezione e di prevenzione” contro i rischi sanitari correlati a malattie diffusive e contagiose derivanti dal regno animale e i rischi chimici e biologici della catena alimentare: attività che non riguardano le cure e l’assistenza diretta al cittadino, ma che contribuiscono a garantirne la sanità pubblica.

Si trattava, in buona sostanza, di monitorare un complesso di attività che, come le tessere di un mosaico, fossero in grado di restituire il quadro complessivo.

L’idea di poter esprimere un giudizio sintetico che prescindesse dall’analisi della verifica non era infatti sostenibile in considerazione della molteplicità delle strutture organizzative coinvolte (4 strutture complesse per ciascuna Azienda sanitaria locale, uno o due uffici a livello regionale e vari laboratori ufficiali). È noto, infatti, il rischio di una visione *tunnel*, per la quale l’attenzione del management si concentra sulle sole variabili oggetto di misurazione e controllo (Lega, 2016). Peraltro, in un sistema orientato alla qualità dovrebbero essere previsti uno o più indicatori per ciascuno dei processi relativi agli output (ISO 9001)²⁸: anche in questo caso, quindi,

²⁸ UNI EN ISO 9001: 2015 “4.4 Sistema di gestione per la qualità e relativi processi. 4.4.1 La organizzazione deve stabilire, attuare, mantenere e migliorare in modo continuo un sistema di gestione per la qualità, compresi i processi necessari e le loro interazioni, in conformità ai requisiti della presente norma internazionale. L’organizzazione deve determinare i processi necessari per il sistema di gestione per la qualità e la loro applicazione nell’ambito di tutta l’organizzazione e deve: a) determinare gli input necessari e gli output attesi da tali processi; b) determinare la sequenza e l’interazione di tali processi; c) determinare e applicare i criteri e i metodi (compresi il monitoraggio, **le misurazioni e gli indicatori di prestazione correlati**), necessari ad assicurare l’efficace funzionamento e la tenuta sotto controllo di tali processi; [...]”.

l’eventuale giudizio di sintesi è subordinato all’utilizzo di un numero di indicatori coerente con il numero dei processi che compongono la funzione da valutare.

La verifica restituisce infatti un’immagine tanto più chiara e nitida quanto maggiore è la numerosità delle linee di attività verificate e delle relative variabili. Peraltro, la verifica di un’attività (tessera del mosaico) non dice nulla circa la situazione delle altre: pertanto nell’ambito in argomento, per essere rappresentativa, deve riguardare un campione necessariamente consistente e significativo²⁹.

Del resto è impensabile che un sistema complesso, come è il caso della SPVeSA, possa essere “osservato” utilizzando pochi indicatori semplici: la molteplicità e la complessità dei processi che la compongono richiede necessariamente la verifica di numerosi elementi, obbligando all’uso di un ampio spettro di indicatori e criteri subordinati. Di conseguenza per esprimere il giudizio sintetico richiesto dal Tavolo LEA si è optato per un’aggregazione, pesata, di una serie di indicatori calcolati sulla base dei dati disponibili e verificabili, evitando in ogni caso di utilizzare denominatori non dipendenti dagli stessi Servizi veterinari e alimentari (come per esempio gli indicatori relativi all’impatto delle attività veterinarie basati sul numero di pato-

²⁹ A supporto della correttezza di una misurazione per quanto possibile ampia, Daniel Yankelovic (1972) ha scritto: “Il primo passo consiste nel misurare tutto ciò che si presta a essere agevolmente misurato. Questo va bene finché si riesce. Il secondo passo porta a trascurare ciò che non si riesce a misurare facilmente; oppure ad assegnarvi un valore quantitativo arbitrario. Questo è artificiale e fuorviante. Il terzo passo porta a presumere che ciò che non può essere facilmente misurato non è veramente importante. Questo è cecità. Il quarto passo porta a dire che ciò che non è agevolmente misurabile non esiste. Questo è suicidio”, in *Corporate Priorities: A continuing study of the new demands on business*. Inc., Stanford.

logie rilevate in ambito umano, che dipendono a loro volta dalla qualità dei processi di rilevazione. Ciò comporta un potenziale rischio di incertezza del denominatore).

Gli indicatori che hanno segnalato il mantenimento della piena adempienza delle Regioni nel corso di più annualità, sono stati in genere mantenuti (sia perché di interesse, sia per non ingenerare malintesi sul loro grado di rilevanza, nonché per consolidare la griglia di valutazione) e, semmai, ne sono stati inseriti altri in aggiunta, incrementando la popolazione di criteri utili a raggiungere conclusioni solide e fondate.

In alcuni casi, la soglia di sufficienza di alcuni indicatori è stata progressivamente elevata seguendo l'evolversi dei dati e la successione delle misure organizzative previste per l'attività oggetto di verifica.

La valutazione più accurata di ciascuna attività ha reso inoltre necessaria, in alcuni casi, la previsione di ulteriori sub indicatori (come per gli indicatori di performance relativi alla brucellosi e alla tubercolosi dei bovini) o di una serie combinata di indicatori relativi ai flussi informativi e alle performance (come avvenuto per la brucellosi e TBC dei bovini o per i fitosanitari)³⁰. Ovviamente, per tutte le linee di attività si è ricorso, al di fuori delle procedure del Tavolo di verifica adempimenti, allo svolgimento di ulteriori verifiche e audit da parte degli uffici competenti del Ministero della Salute: un mix di attività di misurazione e verifica, finalizzate a una costante messa a punto e implementazione circolare delle attività.

³⁰ Cfr. Tab. 1, flussi informativi 1 e 2; Tab. 2, indicatore 1, relativi alla Brucellosi bovina e ovicaprina.

Come approccio generale, è stata privilegiata la scelta di criteri di valutazione dell'efficienza, rispetto a quelli dell'efficacia ed economicità. Gli indicatori di efficacia, infatti, costituiscono una frontiera che non può prescindere dalla certezza (verificata) che determinate misure atte a raggiungerle siano state effettivamente attuate³¹. Diversamente, diverrebbe discutibile imputare un eventuale successo operativo, con una correlazione credibile, alle politiche di prevenzione adottate. In base alla nostra esperienza operativa nel settore della SPVeSA, i criteri di valutazione dell'efficienza risultano in genere meno soggetti ad ambiguità di interpretazione, e consentono di costruire un sistema di misurazione trasparente e coerente con le diverse aree in cui sono articolati i Servizi. La dimensione indagata è stata sostanzialmente quella della *governance*, poiché quelle relative alla soddisfazione e fiducia del paziente, l'economico-finanziaria, la sicurezza e l'outcome, non erano pertinenti né aderenti al contesto e agli obiettivi prefissati.

Nell'area della prevenzione, infatti, il successo di una policy, vale a dire la serie di misure adottate per giungere a un obiettivo atteso, deve essere valutato accertando *in primis* il relativo grado di attuazione. Ciò per i seguenti motivi: a) prima di valutare l'impatto di una policy, è necessario conoscerne il grado di attuazione, in quanto un determinato outcome potrebbe essere infatti raggiunto a prescindere dalle azioni adottate (per esempio per un cambio degli stili di vita, delle abitudini o di fattori di mercato); b) la mancata concretizzazione di un pericolo non

³¹ ISO 9000. Definizione di efficacia: "Grado di realizzazione delle attività pianificate e di conseguimento dei risultati pianificati".

è sempre correlabile, con diretta evidenza, alle misure preventive adottate; c) viceversa il palesarsi di un incidente sanitario può non essere necessariamente attribuibile a una carente attività dei Servizi o al fallimento di una policy.

Inoltre nell'ambito della prevenzione, come noto, non sempre è possibile quantificare agevolmente il rapporto costi-benefici in quanto, a fronte di costi certi, i benefici derivano dal mancato concretizzarsi, nel tempo, dei rischi paventati e dalla non insorgenza degli elementi di crisi: la spesa in prevenzione è di fatto controintuitiva (certezza della spesa, a fronte dell'incertezza dell'avverarsi di un rischio/evento avverso). Proprio come, al contrario, sono intuitive le possibili spese conseguenti a conclamate situazioni di crisi (Rosati, Bertolotti, 2020)³².

I criteri utilizzati per impostare gli indicatori, necessari per la valutazione, sono stati definiti sulla base degli adempimenti previsti da leggi e disposizioni (Regolamenti UE, Accordi Stato-Regioni, Piani, circolari, note applicative), preferendo quelli basati su dati: a) direttamente accessibili al Ministero nei sistemi informativi ufficiali; b) numerici, puntuali, non interpretabili o contestabili; c) prodotti direttamente dai singoli addetti ai controlli ufficiali in SPVeSA; d) verificabili (anche con ispezioni o audit); e) non autodichiarati.

È ovvio che si corre il rischio di giudicare come “adempiente”, o “sufficien-

te”, l'attuazione di una policy che invece, in concreto, è inutile o controproducente. È evidente perciò che lo strumento più efficiente per valutare se una politica sanitaria sia adeguata agli obiettivi da raggiungere non può che essere l'audit³³: più articolato e specifico rispetto all'inevitabile rigidità del criterio (spesso unico) utilizzabile per un indicatore.

Fino al 2014 gli indicatori oggetto di valutazione da parte del Comitato LEA venivano definiti solo dopo la fine dell'anno di attività da valutare (in quanto gli indicatori avrebbero dovuto costituire una spia del complesso di attività che le Regioni erano tenute a erogare). Con il Patto per la salute 2014-2016, approvato a luglio 2014³⁴, è stato invece previsto che lo Schema per la valutazione adempimenti debba essere approvato dal Comitato LEA prima dell'inizio dell'anno da valutare, in modo da costituire un elemento in input per la programmazione sanitaria regionale. Si tratta di un cambio di impostazione significativo che ha rafforzato la scelta adottata e che indurrebbe a prevedere l'individuazione di indicatori per tutte le linee di attività e per tutte le prestazioni al fine di evitare l'effetto distorsivo della concentrazione delle risorse sui soli elementi valutati (*effetto tunnel*).

³² Il Regolamento (UE) 2017/625 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 15 marzo 2017, relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuati per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari, prevede che le autorità competenti effettuino audit. La definizione di audit alla quale si devono attenere è la seguente: “Un esame sistematico e indipendente per accertare se determinate attività e i risultati di tali attività sono conformi alle disposizioni previste e se tali disposizioni sono applicate efficacemente e sono idonee a conseguire gli obiettivi” (art. 3 punto 30).

³⁴ Intesa Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014; Patto per la salute per gli anni 2014-2016. Art. 10, comma 4.

³² “La verità è che nessuno conosce come andrà a finire. Il principio di precauzione, se applicato bene, non sarà mai apprezzato abbastanza, se il problema sanitario poi non si verifica. Mentre una sottovalutazione del pericolo, in presenza di un'epidemia fuori controllo, farebbe scoppiare la rivoluzione”. Rosati Sergio, Bertolotti Luigi. Lettera agli studenti del Corso di laurea in Medicina Veterinaria dell'Università di Torino. Dipartimento di Scienze Veterinarie Università di Torino, 2020.

4. Strumenti adottati

Riguardo alla sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, lo schema di valutazione, parzialmente integrato e aggiornato nel corso degli anni, prevede la verifica attraverso un complesso di indicatori/criteri, crescente negli anni (fino a 75 nel 2019), che concorrono a definire un giudizio di “adempienza” per ciascuno dei due seguenti item.

Flussi informativi veterinari e alimentari (Tab. 1). È stato utilizzato uno strumento di valutazione, con punteggio complessivo, costituito dal 2017 in poi, da 30 flussi pesati (in numero minore negli anni precedenti), dei quali alcuni “vincolanti”.

La soglia di adempienza è stata fissata in: 60% dei punti raggiungibili con 4 indicatori vincolanti sufficienti su 6, oppure trend positivo rispetto all’anno precedente e sufficienza per 4 indicatori vincolanti su 6. L’istruttoria è stata effettuata in base ai dati in possesso del Ministero.

Ciascun flusso informativo è stato valutato con due criteri: di “copertura” e di “qualità”.

- Come criterio di copertura è stata generalmente considerata la trasmissione dei dati a livello nazionale entro i termini previsti, considerando che l’informazione desumibile dai dati complessivamente raccolti su base nazionale può ritenersi garantita solo se ciascuna Regione fornisce il proprio apporto; e assumendo che i dati arrivati oltre i limiti previsti non sono, o rischiano di non essere, utili per gli scopi per i quali erano stati richiesti (ossia rendicontazioni alla Commissione UE, report e/o riprogrammazione).

- La qualità del flusso è stata in molti casi considerata adeguata solo se basata sul numero di informazioni che la Regione deve fornire al livello nazionale. In particolare, la qualità dei dati relativi a un flusso informativo inerente all’attuazione di un programma di campionamento è ritenuta sufficiente solo se basata sulle informazioni esitanti da un livello minimo di esecuzione della quota parte del programma nazionale di campionamento. I programmi nazionali di attività, infatti, sono generalmente progettati in base ai dati epidemiologici disponibili e solitamente anche finalizzati ad avere una significatività statistica su base nazionale: la parziale attuazione da parte di una regione può inficiarne la qualità e/o la significatività. Si tratta, quindi, di dati che in questo contesto vengono considerati per la loro significatività, piuttosto che come indicatori di mera performance/adempimento.

Macroindicatore del sistema di gestione (definito nello Schema valutazione adempimenti con la sigla AAJ).

Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria). È costituito da 4 sottoindicatori concernenti la governance del sistema, ovvero:

- *indicatori di performance (Tab. 2).* È stato utilizzato uno strumento di valutazione costituito da un set di 12 indicatori, ciascuno dei quali con punteggio graduato sulla base del livello di attuazione rispetto alla performance attesa dalla pianificazione nazionale. La soglia di sufficienza complessiva è stata fissata al 66% pari a 72 punti ottenibili su 108. L’istruttoria è stata effettuata in base ai dati in possesso del Ministero;

Tab. 1 – Schema * di criteri per la valutazione di 30 flussi informativi pertinenti la sanità veterinaria e la sicurezza alimentare utilizzati per la “verifica adempimenti” dei SSR
 * Lo schema è emendato da alcuni dettagli, per semplificarne la lettura.

Anno....		Debiti informativi con U.E. sanità veterinaria e alimenti							
Numero indicatore	Rilevazioni	Peso	Copertura		Qualità		PUNTEGGIO medio	P. medio + peso	NOTE
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio			
1	PIANO di eradicazione BRUCELLOSI negli animali; rendicontazioni di supporto ai controlli ufficiali	3	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI dei dati relativi alla BRC, entro la data prevista	non validati entro la data prevista	validati entro la data prevista	invio corretto e completo, entro la data prevista, della relazione tecnica e dei programmi e obiettivi [vedere annotazione]	non inviato corretto e completo entro la data prevista	inviato corretto e completo entro la data prevista nel rispetto del criterio riportato nelle annotazioni	
2	PIANO di eradicazione BRUCELLOSI negli animali; ATTIVITÀ DI CONTROLLO; sistema informativo nazionale.	3	percentuale dei controlli svolti per l'eradicazione della BRC bovina, bufalini, ovini e caprina effettuati, caricati in SANAN per l'implementazione del cruscotto. [vedere annotazione]	< 80% dei controlli svolti per ciascuna specie caricati in SANAN	≥ 80% dei controlli svolti per ciascuna specie caricati in SANAN	indagini epidemiologiche che, caricate in SIMAN entro i tempi previsti	< 100% di indagini epidemiologiche caricate in SIMAN nei tempi previsti	100% di indagini epidemiologiche caricate in SIMAN nei tempi previsti	
3	PIANO di eradicazione TUBERCOLOSI negli animali; RELAZIONI DI SUPPORTO AI CONTROLLI UFFICIALI	4	validazione corretta e completa sul SISTEMA RENDICONTAZIONI (SIR) dei dati relativi ai focolai di TBC, entro la data prevista dalle istruzioni ministeriali	non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento	validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento	indagini epidemiologiche che, corrette e complete, caricate in SIMAN entro i tempi previsti	< 100% di indagini epidemiologiche caricate in SIMAN nei tempi previsti	100% di indagini epidemiologiche caricate in SIMAN nei tempi previsti	
4	PNA – Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale	4	Invio corretto e completo dei dati di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti nonché del Piano Regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSAF	invio oltre i tempi previsti	invio entro i tempi previsti	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata	invio oltre i tempi previsti	invio entro i tempi previsti	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

(segue)

Numero indicatore	Copertura				Qualità			NOTE		
	Rilevazioni	Peso	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0		Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio
5	PNAA – Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale	3	implementazione del caricamento in SINVA di tutti gli stabilimenti del settore mangimistico riconosciuti e registrati postprimari	caricamento non effettuato o inadeguato	caricamento effettuato e adeguato	invio della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata, coerente con i criteri previsti dall'allegato 10 del PNAA	invio oltre i tempi previsti o non corretto o incompleto	invio corretto e completo entro i tempi previsti		
6	BENESSERE TRASPORTO – Controlli riguardanti la protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.	3	Rispetto della tempistica	non a data prevista	inviato entro la data prevista	conformità dei dati forniti secondo le indicazioni previste dalla nota n. DG-VA/X/6057 del 13/02/2006	non coerenti	coerenti		
7	BENESSERE IN ALLEVAMENTO – Controlli riguardanti la protezione degli animali negli allevamenti". Piano Nazionale Benessere Animale	3	caricamento in BDN dei controlli ufficiali effettuati in ciascuna delle categorie "bovini", "vitelli", "suini", "polli da carne", "ovaiole", entro i tempi previsti	< 100% dei controlli ufficiali effettuati, caricati in BDN entro i tempi previsti	100% dei controlli ufficiali effettuati in ciascuna categoria, caricati in BDN entro i tempi previsti	percentuale di controlli in cui sono state rilevate non conformità, con verbale disponibile in BDN.	< 100% dei verbali contenuti NC caricati in BDN	100% dei verbali contenuti NC caricati in BDN		
8	BENESSERE ALLA MACELLAZIONE – nota DGSAF n. 15111 del 18/07/2014 "linee guida relative all'applicazione del Regolamento CE n. 1099 del 24 settembre 2009, relativo alla protezione degli animali durante l'abbattimento.	3	Rispetto della tempistica di trasmissione della relazione sui controlli effettuati	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	rispetto della frequenza minima di controllo per ciascuna tipologia di macellazione prevista dalle istruzioni ministeriali	manca effettuazione per ciascuna tipologia di macellazione di almeno 1 controllo ufficiale per il rispetto delle norme sul benessere della macellazione	effettuazione per ciascuna tipologia di macellazione almeno 1 controllo ufficiale per il rispetto delle norme sul benessere della macellazione		

(segue)

Numero indicatore	Copertura				Qualità		P. medio * peso	PUNTEGGIO medio	NOTE
	Rilevazioni	Peso	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio			
9	ANAGRAFE CANINA – Rilevazioni delle popolazioni di cani e gatti; randagi e di proprietà [Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2013]	4	invio, entro il 31 marzo di ogni anno, della relazione sull'attività svolta in materia di randagismo nell'anno precedente, coerente con quanto previsto dall'art. 2, comma 2 del D.M. 6/5/2008	invio non corretto o non completo, o oltre la data prevista	invio, corretto e completo, entro la data prevista	aggiornamenti periodici dell'anagrafe nazionale (art. 1 lett. f dell'accordo Stato-Regioni del 24/1/2013)	aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 30 giorni	tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 30 giorni	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
10	FARMACOSORVE- GIANZA: Attività di ispezione e verifica. [Art. 88 del D Lgs. 6 aprile 2006, n. 193. nota DGSAF del 2020 "Programmazione PNBA e Piano Nazionale Farmaco-sorveglianza"]	4	Invio, corretto e completo, dei dati di attività entro i tempi previsti	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base [vedere annotazione]	< 100% dei controlli ufficiali previsti dalle Tabelle 1, 2, 3, 4 e 5 della nota DGSAF del 2020 e/o < 90% degli altri operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	≥ 100% dei controlli ufficiali previsti dalle Tabelle 1, 2, 3, 4 e 5 della nota DGSAF del 2020 e ≥ 90% degli altri operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
11	SALMONELLOSI ZOOTONICHE – Attuazione piani di controllo negli allevamenti avicoli. Regolamento 2160/03 e s.m.i.	3	Rispetto della tempistica di validazione dei dati dei campionamenti ufficiali su SIS (Sistema Informativo Salmonellosi), basati su una corretta e completa alimentazione della BDN [vedere annotazione]	non inviato entro la data prevista	inviato entro la data prevista	completezza delle registrazioni inserite in SIS, previste dai piani nazionali per la ricerca di Salmonelle nei riproduttori, nelle ovaie e polli da carne Gallus gallus, e nei tacchini da riproduzione e ingrasso [vedere annotazione]	< 90% delle registrazioni dei campionamenti ufficiali inseriti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) per uno, o più, dei piani applicabili e validate oppure non corrette e complete o non validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"	≥ 90% delle registrazioni dei campionamenti ufficiali inseriti nel SIS (Sistema Informativo Salmonellosi) corrette e complete per ciascuno dei piani applicabili e validate dalla Regione nel "Sistema Rendicontazioni"	

(segue)

Numero indicatore	Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio + peso	NOTE
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2			
12	TSE – programmi di eradicazione delle TSE [Reg 999/2001; Decisione della Commissione 2002/677/CE che stabilisce requisiti uniformi per la notifica dei programmi di eradicazione e di controllo delle malattie animali cofinanziati dalla Comunità]	3	inserimento in SIR (Sistema Informativo Rendicontazioni) della rendicontazione dei focolai di scrapie rimborsati nell'anno di certificazione, sulla base delle istruzioni ministeriali entro i tempi previsti	invio non corretto, o non completo, o oltre la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento	invio corretto e completo entro la data prevista dalle disposizioni in vigore per l'anno di riferimento	corrispondenza tra il n. di capi indennizzati nell'ambito dei focolai, risultanti in SIR, e la reportistica trasmessa al Ministero della salute attestante gli indennizzi corrisposti agli allevatori	non corrispondente e inviati in tempo utile per la trasmissione alla Commissione europea	non corrispondente o non inviati in tempo utile per la trasmissione alla Commissione europea			
13	SCRAPIE – Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale (PSG), D.M. 25/11/2015	3	Presenza di un piano regionale "di selezione genetica", aggiornato adottato formalmente e attuato	assente e/o non attuato	presente e attuato	attività di genotipizzazione dei capi	Evidenza di assente o inadeguata attuazione nel sistema BDN/BDNSG	Evidenza di adeguata attuazione nel sistema BDN/BDNSG			
14	TRACCIABILITÀ DELLA FILIERA OVICAPRINA – ANAGRAFE [Reg. CE 1505/2006;]	3	Raggiungimento della soglia del 5% dei capi controllati e disponibilità del dato in BDN in tempo utile per l'Annual Report	< 5% dei capi controllati o non disponibili per la data presta	≥ 5% dei capi controllati e disponibili per la data prevista	percentuale di controlli in cui sono state rilevate non conformità, con verbale disponibile in BDN.	< 99% dei verbali contenuti NC caricati in BDN	≥ 99% dei verbali contenuti NC caricati in BDN			
15	TRACCIABILITÀ DELLA FILIERA DEI SUINI – ANAGRAFE [digs. 26/10/2010 n. 200 che stabilisce modalità di identificazione e registrazione suini]	3	Registrazione in BDN – in tempo utile per l'Annual Report – del raggiungimento della soglia di almeno 1% del totale delle aziende suinicole presenti nel territorio di competenza	< dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report	≥ dell'1% dei controlli rendicontati nei tempi utili per l'Annual Report	percentuale di controlli in cui sono state rilevate non conformità, con verbale disponibile in BDN.	< 99% dei verbali contenuti NC caricati in BDN	≥ 99% dei verbali contenuti NC caricati in BDN			

(segue)

Numero indicatore	Rilevazioni	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio + peso	NOTE
		Peso	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0			
16	TRACCIABILITÀ DELLE FILIERE APISTICA – ANAGRAFE [D.M. 4 dicembre 2009, D.M. 11 agosto 2014]	3	Controllo annuale sull'1% degli allevamenti apistici situati nel territorio regionale registrati in BDN	assenza degli allevamenti in BDN o percentuale di controllo <1%	presenza degli allevamenti in BDN e percentuale di controllo ≥1%	criterio di rischio adattato per la scelta degli allevamenti apistici da sottoporre ai controlli	>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	≤85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma		
17	CLASSIFICAZIONE DELLE AREE PER LA PRODUZIONE DI MOL-LUSCHI BIVALVI VVI [Sistema Informativo Nazionale SINVSA; Reg. 2019/627 Titolo V (prescrizioni specifiche in materia di controlli ufficiali relativi ai molluschi bivalvi); Nota DGISAN n. 15897 del 18/04/2014; nota DGISAN n. 38080 del 6/10/2016]	3	aree classificate e punti di campionamento validati in SINVSA dalla Regione nel primo trimestre di ciascun anno	<100% aree classificate e punti di campionamento non validati in SINVSA entro il primo trimestre di ciascun anno	100% delle aree classificate e punti di campionamento validati in SINVSA entro il primo trimestre di ciascun anno	rispetto del numero minimo di 8 campionamenti per E. coli per ciascun punto di campionamento di ciascuna area di SINVSA inseriti in SINVSA e coerenti con i punti di campionamento validati, inclusi gli esiti dei relativi esami effettuati dai laboratori sui campioni	incompleta effettuazione, per ciascuna area, di tutti i campionamenti e degli accertamenti di laboratorio inseriti in SINVSA e coerenti con i punti di campionamento validati, per E. coli, rispetto ai minimi previsti	effettuazione, per ciascuna area, di tutti i campionamenti e degli accertamenti di laboratorio inseriti in SINVSA e coerenti con i punti di campionamento validati, per E. coli, rispetto ai minimi previsti		
18	ALIMENTI IRRADIATI Piano nazionale di controllo ufficiale sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti [D.lgs. 30/1/2001 n.94; nota DGISAN n. 4167-P-10/02/2015 e s.m.i.]	3	Invio corretto dei dati relativi ai controlli, conformemente all'allegato 7 del Piano, entro il 31 marzo	dati non inviati entro la data prevista e/o incompleti	dati inviati entro la data prevista e completi	Rispetto del volume di attività previsto dal Piano Nazionale	<100% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano	≥100% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano		
19	OGM Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti [Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003]	3	validazione sul sistema applicativo web da parte della Regione, entro i tempi previsti, dei dati inseriti dai laboratori	validazione effettuata oltre la scadenza prevista	validazione effettuata entro la scadenza prevista	rapporto del campionamento previsto dall'allegato al "Piano Nazionale OGM negli alimenti" riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	< 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	≥ 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione		

(segue)

Numero indicatore	Rilevazioni	Peso	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio + peso	NOTE
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2			
20	AUDIT SU STABILIMENTI – controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale. [Allegato 9 dell'Intesa Stato Regioni 212/02016]	4	invio entro i tempi previsti delle tabelle di rendicontazione di cui all'allegato 9 dell'Intesa, debitamente compilate	non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato	inviato, debitamente compilato, entro la data prevista	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti, sulla base delle rendicontazioni di cui all'allegato 9 (Tab. b) dell'Intesa 212/2016 [vedere annotazione]	< 100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio"	> 100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio"			
21	PIANO NAZIONALE RESIDUI – farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale [Decreto legislativo 158/2006]	4	Dati analitici trasmessi dagli IZS in NSIS entro la fine di ciascun bimestre, relativi a campioni prelevati nel bimestre precedente.	< 90% dei dati analitici caricati relativi a campioni prelevati nel bimestre precedente	≥ 90% dei dati analitici caricati relativi a campioni prelevati nel bimestre precedente	referti rilasciati dal laboratorio entro i tempi indicati dal PNR per ciascuna delle categorie (10 giorni lavorativi per le sostanze di Cat. A e 30 giorni lavorativi per quelle di cat. B) [vedere annotazione]	< 50% dei campioni di una categoria è referito nei tempi indicati	≥ 50% dei campioni di ciascuna categoria è referito nei tempi indicati		VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2	
22	ADDITIVI ALIMENTARI – Piano nazionale riguardante il controllo ufficiale degli additivi alimentari (ai quali e nei prodotti alimentari – anno 2015-2018 [Reg. CE 1333/2008; Reg 1129/2011; Linee guida per la raccolta dei dati mediante NSIS – alimenti]	3	Invio completo dei dati relativi al controllo, tramite NSIS, entro la data prevista	Dati non inviati entro la data prevista	Dati inviati entro la data prevista	Rispetto del volume di attività, previsto dal Piano Nazionale, categoria, dall'allegato 2 del Piano, è inserito in NSIS correttamente identificato	< 95% dei campioni minimi previsti, per ciascuna categoria, per ciascuna dall'allegato 2 del Piano, è inserito in NSIS correttamente identificato	≥ 95% dei campioni minimi previsti, per ciascuna categoria, dall'allegato 2 del Piano, è inserito in NSIS correttamente identificato			
23	FITOSANITARI SU ALIMENTI – controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. [D.M. 23 DICEMBRE 1992; Istruzioni ministeriali; Reg. 396/2005; Regolamento di esecuzione (UE) 2015/595 e s.m.i.]	4	trasmissione dei dati relativi ai campioni entro la data prevista	invio dei dati oltre il termine	invio dei dati entro il termine	numero di campioni, previsti dal sistema informativo "NSIS – Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", compilati correttamente sulla base delle istruzioni ministeriali	> 6 trasmissioni non corrette, attraverso "NSIS-Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", mediante i laboratori di cui la regione si avvale	≤ 6 trasmissioni non corrette, attraverso "NSIS-Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi", mediante i laboratori di cui la regione si avvale		VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2	

(segue)

Numero indicatore	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio * peso	NOTE
	Rilevazioni peso	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0			
24	<p>PIANO COORDINATO COMUNITARIO (PCUE) – livelli massimi di RESIDUI DI ANTIPARASSITARI e valutazione esposizione dei consumatori ai residui di antiparassitari nei e sui prodotti alimentari di origine vegetale e animale</p> <p>Regolamento di esecuzione 2017/660 e s.m.i.</p>	presenza di informazioni relative a tutte le tipologie di alimenti previste dal piano coordinato comunitario (PCC)	< 90% di campioni per ciascuna tipologia prevista dal PCC	≥ 90% di campioni per ciascuna tipologia prevista dal PCC	completezza delle informazioni rispetto agli: analisi da ricercare in base al PCC	< 75% di analisi previsti per ciascuna tipologia di alimento da campionare	100% (con tolleranza ≥ 75) di analisi previsti per ciascuna tipologia di alimento da campionare		
25	<p>PIANI DI MONITORAGGIO previsti da Raccomandazioni UE, per la ricerca di contaminanti negli alimenti.</p> <p>Partecipazione alla fase ascendente del processo decisionale ai fini dell'aggiornamento delle disposizioni della UE sui contaminanti.</p>	trasmissione dei dati relativi ai Monitoraggi effettuati, previsti da Raccomandazioni UE, entro la data prevista	invio dei dati oltre il termine	invio dei dati entro il termine	effettuazione di almeno un monitoraggio per contaminanti ambientali e industriali e uno per contaminanti agricoli e tossine vegetali, tra quelli previsti dall'UE [vedere annotazione]	non effettuato almeno 1 monitoraggio per contaminanti ambientali e industriali e 1 per contaminanti agricoli e tossine vegetali, tra quelli previsti dall'UE	effettuato almeno 1 monitoraggio per contaminanti ambientali e industriali e 1 per contaminanti agricoli e tossine vegetali, tra quelli previsti dall'UE		
26	<p>PIANO NAZIONALE CONTAMINANTI AGRICOLI E TOSSINE VEGETALI – Controllo ufficiale su alimenti.</p> <p>[Nota DGISAN n. 14944 del 14/4/2016 e s.m.i.]</p>	Invio corretto e completo dei dati relativi ai controlli, tramite NSIS, entro la data prevista	invio dei dati oltre il termine	invio dei dati entro il termine	volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dall' allegato 2 del Piano Nazionale Controllo Ufficiale Contaminanti Agricoli e Tossine Vegetali in alimenti	< 90% dei campioni programmati per la ricerca di contaminanti agricoli e/o < 90% dei campioni programmati per la ricerca di tossine vegetali	≥ 90% dei campioni programmati per la ricerca di tossine vegetali		VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2

(segue)

Numero indicatore	Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità			PUNTEGGIO medio	P. medio + peso	NOTE
			Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2			
27	S.INTE-S.I. STABILIMENTI anagrafe degli stabilimenti riconosciuti per la produzione di dimeri di origine animale [art. 10(2) e art. 148 del Regolamento (CE) n. 2017/625]	3	presenza di stabilimenti riconosciuti in via definitiva sulla base di un precedente riconoscimento condizionato	meno del 98% dei rilasci definitivi nell'anno di riferimento è stato basato su un riconoscimento condizionato	almeno il 98% dei rilasci definitivi nell'anno di riferimento è stato basato su un riconoscimento condizionato	rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo [vedere annotazione]	meno del 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nell'anno di riferimento sono stati basati su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04	almeno il 90% dei riconoscimenti definitivi rilasciati nell'anno di riferimento su riconoscimento condizionato rilasciato entro i 6 mesi precedenti, come previsto dal Reg. 854/04			
28	AUDIT SULLE AUTORITÀ COMPETENTI (art. 4.6 del Reg. 882/04). Rilevazione di attività di audit svolta. [Nota DGISAN 46979 del 22 dicembre 2014, e s.m.i.]	3	comunicazione nel tempo previsto utile per la Relazione Annuale al PNI, delle informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti [vedere annotazione]	comunicazione inviata oltre il termine	comunicazione inviata entro il termine	compilazione corretta e completa di tutte le voci previste dalla tabella di rilevazione, basata su una attività di audit effettivamente svolta nell'anno precedente [vedere annotazione]	tabella non compilata in modo corretto e completo e/o non utilizzabile e/ o non basata su una attività di audit svolta nell'anno precedente	tabella inviata in modo corretto, completo e utilizzabile, e basata su una attività di audit svolta nell'anno precedente			
29	FINANZIAMENTO DEI CONTROLLI UFFICIALI – Disciplina delle modalità di finanziamento dei controlli sanitari ufficiali [Art. 8, comma 1 e 2, del DLgs n. 194 del 19.11.2008; D.M. 24/01/2011 "modalità tecniche per il versamento delle tariffe e la rendicontazione"]	3	trasmissione al Ministero della salute, entro il 30 aprile, dell'allegato 3 del D.M. 24/1/2011 concernente i dati relativi alle somme effettivamente percepite e i costi del servizio prestato	non trasmesso entro la data prevista	trasmesso entro la data prevista	compilazione corretta e completa della tabella di cui all'allegato 3 del D.M. 24/1/2011	allegato 3 non inviato, o dati non corretti o incompleti	allegato 3 non inviato, corretto e completo			

(segue)

Numero indicatore	Copertura			Qualità			NOTE		
	Rilevazioni peso	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0		Sufficiente 2	PUNTEGGIO medio
30	CONTROLLI UFFICIALI su stabilimenti alimentari. [Inresa CSR 212/2016 "Linea guida per il controllo ufficiale ai sensi del Regolamento 882/2004 e 854/2004"]	inviato, entro la data prevista, entro la data prevista dall'Inresa CSR 212/2016	non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato	inviato, debitamente compilato, entro la data prevista	completezza delle informazioni trasmesse con le Tabelle B e C-specificazioni e Tabelle B e C-Audit, allegato all'Inresa CSR 212/2016	< 90% dei campi non compilati	> del 90% dei campi compilati		
TOTALE		100							
Schema di valutazione finale:									
SUFFICIENTE ≥ 60% del punteggio raggiungibile con sufficienza per almeno 4 dei flussi vincolanti oppure valutazione insufficiente ma con trend positivo rispetto all'anno precedente (% in miglioramento) con sufficienza per almeno 4 dei flussi vincolanti									
NON SUFFICIENTE < 60% del punteggio raggiungibile o comunque con meno di 4 flussi vincolanti, o mancato rispetto degli eventuali impegni sottoscritti in sede di Comitato LEA precedente (% in peggioramento) o con meno di 4 flussi vincolanti, o mancato rispetto degli eventuali impegni sottoscritti in sede di Comitato LEA									
ANNOTAZIONI:									
NB.: nel caso uno dei due criteri non sia valutabile per mancata occorrenza dell'evento da valutare, si considera unicamente il punteggio dell'altro criterio applicabile. Nel caso in cui entrambe i criteri del flusso non siano valutabili, il peso dell'indicatore viene scomputato dal punteggio totale raggiungibile.									
FLUS. INF. 1.2: Il requisito di correttezza e completezza della relazione e delle attività che generano le informazioni che supportano la relazione medesima è soddisfatto se, per la brucellosi di ciascuna delle specie bovina, bufalina, ovina e caprina sussistono tutte le seguenti condizioni: a) inserimento della programmazione delle attività nel cruscotto SANAN entro il primo bimestre dell'anno, b) almeno l'80% dei controlli sierologici e sul latte sono stati caricati in modo continuativo e regolare sul sistema SANAN, e c) almeno l'80% degli esiti analitici caricati negli IZS nel sistema, rispetto al totale dei controlli effettuati, e d) dalle relazioni si ha evidenza della esecuzione delle verifiche di efficacia previste dall'OM 28/5/2015.									
FLUS. INF.2.1: Fermo restando che il valore atteso è 100%, la soglia di sufficienza – per il solo 2017 – è del 80% in ciascuna delle specie.									
FLUS. INF. 10.2: L'articolo 68 riguarda i grossisti; l'articolo 70 comma 1 riguarda le farmacie e le parafarmacie che vendono farmaci veterinari; l'articolo 71 riguarda i grossisti autorizzati alla attività di vendita diretta e non di vendita al dettaglio; l'art. 80 riguarda tutti gli impianti autorizzati alla detenzione di scorte di medicinali, tra cui, in particolare: allevamenti destinati alla produzione di animali (DPA) con scorte di medicinali (art. 81), allevamenti non DPA (art. 82), impianti di cura (art. 84), attività zootecnica (art. 85). Le frequenze minime di controllo sono quelle previste dalla linea guida approvata con nota DGSAAF n. 1466 del 26/01/2012. In caso di controlli effettuati pari al valore di [controllabili -1], si considera sufficiente.									
FLUS. INF. 11.1: la registrazione si considera corretta e completa se è stata soddisfatta, la seguente tempistica prevista: a) 30 giorni dal prelievo, in almeno il 90% dei casi, se i risultati sono negativi, b) 7 giorni dalla comunicazione di positività a salmonelle rilevanti per il 100% dei casi positivi.									
FLUS. INF. 13: vengono utilizzati criteri di valutazione minimi.									
FLUS. INF. 13.2: si considera adeguata la qualità dei dati regionali/provinciali, se basati su una attività di genotipizzazione che abbia riguardato almeno il 30% delle aziende di ovini registrate in									

Tab. 2 – Schema di criteri per la valutazione di 10 indicatori di performance

Anno.....	Indicatori di performance in sanità pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti		Punteggi di valutazione	
N.	Definizione	Valore normale	Scostamento minimo	Scostamento rilevante
1	BRUCELLOSI – PIANI DI RISANAMENTO – rispetto dei tempi di ricontrollo nelle aziende con positività o in risanamento e rispetto dei tempi di referazione degli esiti di laboratorio – dati rilevabili attraverso SANAN;	Rispetto dei tempi di controllo: <ul style="list-style-type: none"> – nei focolai, per le regioni ufficialmente indenni; – nei focolai e nelle aziende, per le regioni non ufficialmente indenni; nonché, per entrambe: <ul style="list-style-type: none"> presenza nel cruscotto SANAN di $\geq 80\%$ dei controlli sierologici risultanti nel sistema rendicontazioni (SIR) per ciascuna specie. E, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di referazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi. Nel caso in cui risultano inseriti nel cruscotto SANAN <80% dei dati anzidetti, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore	Rispetto dei tempi di controllo: <ul style="list-style-type: none"> – nei focolai, per le regioni ufficialmente indenni; – nei focolai e nelle aziende, per le regioni non ufficialmente indenni; nonché, per entrambe: <ul style="list-style-type: none"> presenza nel cruscotto SANAN di $\geq 70\%$ dei controlli sierologici risultanti nel sistema rendicontazioni (SIR) per ciascuna specie. E, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di referazione degli esiti di laboratorio in almeno il 70% dei casi. Nel caso in cui risultano inseriti nel cruscotto SANAN <70% dei dati anzidetti, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore	Rispetto dei tempi di controllo: <ul style="list-style-type: none"> – nei focolai, per le regioni ufficialmente indenni; – nei focolai e nelle aziende, per le regioni non ufficialmente indenni; nonché, per entrambe: <ul style="list-style-type: none"> presenza nel cruscotto SANAN di $\geq 60\%$ dei controlli sierologici risultanti nel sistema rendicontazioni (SIR) per ciascuna specie. E, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di referazione degli esiti di laboratorio in almeno il 60% dei casi. Nel caso in cui risultano inseriti nel cruscotto SANAN <60% dei dati anzidetti, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore
2	ANAGRAFE BOVINA <ul style="list-style-type: none"> – Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 1760/00 – livello minimo dei controlli aziende bovine: raggiungimento entro il tempo previsto dalle disposizioni nazionali della soglia del 3% di aziende bovine controllate e disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report 	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con $\leq 85\%$ dei controlli in azienda, registrati in BDN, effettuati utilizzando solo i criteri di rischio previsti dalla norma	almeno il 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con $> 85\%$ dei controlli in azienda, registrati in BDN, effettuati utilizzando solo i criteri di rischio previsti dalla norma	meno del 3% di aziende bovine controllate e disponibili entro la data prevista con $\leq 85\%$ dei controlli in azienda, registrati in BDN, effettuati utilizzando solo i criteri di rischio previsti dalla norma
3	CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE – Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNA) – Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNA	$\geq 90\%$ dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	$\geq 90\%$ dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma	$\geq 80\%$ dei programmi di campionamento con almeno il 85% dei campioni svolti per ciascun programma
				nessuna delle soglie, di cui ai punteggi precedenti, raggiunta
				criteri precedenti non soddisfatti

(segue)

N.	Definizione	Punteggi di valutazione		
4	ENCEFALOPATIA SPONGIFORME BOVINA – reg. CE 999/2001 % dei bovini morti testati per BSE di età superiore ai 48 mesi rispetto al numero di bovini morti di età superiore ai 48 mesi registrati in BDN	> 95%	< 94,9% e >85%	< 84,9% e >75% < 74,9%
5	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) – Reg. 999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 65% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	attività comprendente almeno il 70% di ovini e 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie, oppure raggiungimento di solo una delle soglie di cui al punteggio 9	nessuna delle soglie di cui al punteggio 6 raggiunte
6	OGM – Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003. Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano	almeno il 95% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano nazionale OGM vigente	attività compresa tra il 75% e il 94,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano nazionale OGM vigente	attività compresa tra il 50% e il 74,9% dei campioni minimi previsti dall'allegato 2 del Piano nazionale OGM vigente criteri precedenti non soddisfatti
7	REGISTRAZIONE DELLE QUALIFICHE SANITARIE IN BANCA DATI NAZIONALE (BDN) – norme concernente le anagrafi animali per le categorie Bovini, Suini, Ovicapriini, Gallus gallus/Tacchini, Acquacoltura, Sanitarie	≤ 2% di allevamenti aperti in almeno 4 delle 5 categorie "Bovini, Suini, Ovicapriini, Gallus gallus/Tacchini, Acquacoltura", senza indicazione di alcuna qualifica sanitaria	≤ 2% di allevamenti aperti in almeno 3 delle 5 categorie "Bovini, Suini, Ovicapriini, Gallus gallus/Tacchini, Acquacoltura", senza indicazione di alcuna qualifica sanitaria	≤ 2% di allevamenti aperti in almeno 2 delle 5 categorie "Bovini, Suini, Ovicapriini, Gallus gallus/Tacchini, Acquacoltura", senza indicazione di alcuna qualifica sanitaria criteri precedenti non soddisfatti
8	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO – Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina – (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni)	100% di allevamenti controllati e conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende < 0,1%	100% di allevamenti controllati e inoltre uno dei seguenti casi: – diminuzione del 10% della prevalenza delle aziende rispetto all'anno precedente (nell'ambito di un trend favorevole nel quinquennio) se la prevalenza è >0,2% e < 0,9% – diminuzione del 50% della prevalenza (calcolata sul quinquennio) delle aziende se la prevalenza è > 1% e < 3%	< 99,9% e >= 99,1% di allevamenti controllati e inoltre uno dei seguenti casi: – diminuzione del 10% della prevalenza delle aziende rispetto all'anno precedente (nell'ambito di un trend favorevole nel quinquennio) se la prevalenza è >0,2% e < 0,9% – diminuzione del 50% della prevalenza (calcolata sul quinquennio) delle aziende se la prevalenza è > 1% e < 3% < 99% di allevamenti controllati oppure > 99% di allevamenti controllati ma prevalenza che non rispetta i criteri precedenti

(segue)

N.	Definizione	Punteggi di valutazione	REGIONI UFFICIALMENTE INDENNI	REGIONI UFFICIALMENTE INDENNI	REGIONI UFFICIALMENTE INDENNI
9	<p>MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO</p> <p>- Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 – (percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi);</p> <p>Nota 1: le regioni con status sanitario non omogeneo, per specie o territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni;</p> <p>Nota 2: se risultano inseriti in SANAN, per l'alimentazione dei cruscotti, <80% dei controlli effettuati rispetto a quelli programmati nel cruscotto SANAN nel primo trimestre dell'anno di riferimento, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore.</p> <p>Nota 3: la % dei controlli si intende riferita a una programmazione conforme ai criteri prestabiliti in SANAN, basati sulla normativa vigente.</p>	<p>REGIONI UFFICIALMENTE INDENNI</p> <p>100,00% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di rendicontazione e, per ciascuna di esse, conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni e prevalenza delle aziende <0,2%</p> <p>REGIONI NON UFFICIALMENTE INDENNI</p> <p>100,00% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di rendicontazione e, per ciascuna di esse, prevalenza delle aziende <0,2%</p>	<p>REGIONI UFFICIALMENTE INDENNI</p> <p>100,00% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di rendicontazione e prevalenza delle aziende >0,2% per le altre.</p> <p>Oppure: <100,00% e ≥98% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di rendicontazione e prevalenza delle aziende >0,2% per una specie e ≤0,2% per le altre.</p> <p>REGIONI NON UFFICIALMENTE INDENNI</p> <p><100,00% e ≥99% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di rendicontazione e prevalenza delle aziende ≤0,4% per una specie e ≤0,2% per le altre.</p> <p>Oppure: <100,00% e ≥99% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di rendicontazione e prevalenza delle aziende >0,4% ma con trend in diminuzione calcolato sugli ultimi cinque anni.</p>	<p>REGIONI UFFICIALMENTE INDENNI</p> <p><100,00% e ≥98% di allevamenti controllati e prevalenza delle aziende >0,2% anche solo per una sola specie;</p> <p>Oppure: controlli <98</p> <p>Oppure: Perdita della qualifica di Regioni ufficialmente indenni anche per una sola specie</p> <p>REGIONI NON UFFICIALMENTE INDENNI</p> <p>< 99% di allevamenti controllati per ciascuna specie;</p> <p>Oppure: <100,00% e ≥99% di allevamenti controllati per ciascuna delle specie oggetto di rendicontazione e prevalenza delle aziende > 0,4% e trend in aumento calcolato sugli ultimi cinque anni.</p>	
10	<p>ANAGRAFI ANIMALI</p> <p>- Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale e umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06</p>	<p>>= 99,7%</p>	<p>98% – 99,6%</p>	<p>95% – 97,9%</p>	<p>< 95%</p>

(segue)

N.	Definizione	Punteggi di valutazione	
11	CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE – attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati	>= 98%	< 80%
12	CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE – programma di ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del D.M. 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti	<p>>= 100% in tutte le categorie previste dal D.M.</p> <p><100% e ≥ 90% in almeno 4 delle categorie previste dal D.M. e ≥ 70% nell'altra</p> <p>oppure: ≥ 90% in almeno 3 delle categorie previste dal D.M. e ≥ 70% nelle altre</p>	<p>80% – 89,9%</p> <p>< 70% in almeno 2 categorie previste dal D.M. e < 70% nell'altra;</p>
VALUTAZIONE FINALE:			
SUFFICIENTE	≥ 66% del punteggio raggiungibile. Pertanto il punteggio totale raggiungibile per l'anno 2020 è di 108 punti, qualora siano applicabili tutti gli indicatori. La soglia è fissata tenendo conto che il valore minimo di accettabilità è posto a una media di 6 punti per ciascun indicatore ovvero a uno scostamento minimo del livello da raggiungere	90% – 97,9%	
NON SUFFICIENTE	< 66% del punteggio raggiungibile secondo i criteri indicati alla voce precedente		

- *attuazione programma di audit.* Sono state valutate sufficienti le Regioni che hanno svolto audit (ai sensi dell'art. 4 (6) del Reg. CE 882/2004) coprendo almeno il 20% delle proprie ASL e almeno 2 dei 6 Control Systems del Country Profile Italia riguardanti l'area della SPVeSA.

L'istruttoria è stata effettuata sulla base di un questionario compilato a cura delle Regioni, corredato da uno stralcio della documentazione riferita a quanto attestato;

- *adozione delle misure appropriate* a seguito dei risultati del sistema regionale di audit sulle autorità competenti locali.

Sono state valutate sufficienti le Regioni che hanno fornito la documentazione attestante la produzione di un "Piano di Azione o una comunicazione di natura equivalente" da parte di ciascuna ASL auditata dalla Regione medesima nel corso dell'anno precedente.

L'istruttoria è stata effettuata come nel caso precedente;

- *verifica della corretta esecuzione dei controlli ufficiali* (prevista dall'art. 8 (3) lettera a) del Reg. CE 882/2004). Sono state valutate sufficienti le Regioni che hanno fornito evidenza dell'effettiva attuazione di tale attività da parte delle Aziende sanitarie locali.

L'istruttoria è stata effettuata come nel caso precedente.

Nel caso del Macroindicatore del sistema di gestione, la Regione è stata considerata "adempiente" al raggiungimento dei target di sufficienza fissati per tutti i 4 sottoindicatori, oppure per 3 sottoindicatori su 4, ma adempiente anche per i flussi informativi veterinari e alimentari.

Nelle **Tabb. 1 e 2** si riportano rispettivamente gli schemi dei criteri di valutazione dei Flussi informativi e degli Indicatori di Performance su riportati, con i relativi indicatori e criteri.

La valutazione ha sempre tenuto conto, inoltre, di alcuni principi:

- 1) nessuna Regione (o SSR) può essere penalizzata a causa di inadempienze non imputabili alla medesima. In tal caso i criteri non applicabili sono stati scomputati e non hanno inciso sulle valutazioni;
- 2) si è tenuto conto delle eventuali disposizioni sopravvenute durante l'anno oggetto di valutazione;
- 3) nei casi dubbi, si è applicata la valutazione più favorevole alla Regione e al SSR.

5. Risultati raggiunti

L'esercizio di definizione degli indicatori ha determinato un significativo impulso al miglioramento qualitativo degli atti programmatori nazionali, regionali e locali, pluriennali e annuali, in conseguenza di una tensione collettiva verso la migliore e puntuale definizione (anche da parte del livello nazionale) degli obiettivi e dei programmi di attività, come riscontrato per esempio nel corso degli audit di sistema e di settore svolti dal Ministero della Salute sui Servizi regionali e aziendali³⁵ (Vacca, 2016).

L'avvio di una diffusa attenzione verso il rispetto delle tempistiche ha determinato un generale allineamento e miglioramento di tutto il ciclo della programmazione delle varie autorità competenti

³⁵ Cfr. pagine del sito web del Ministero della Salute, nella sezione dedicata agli audit sui sistemi sanitari regionali in sicurezza alimentare al seguente link: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=sanitaAnimale&menu=audit.

(**Tab. 3** – “Trend delle medie annuali del rispetto, da parte delle Regioni, dei criteri di copertura dei flussi informativi”). D’altro canto, la necessità di contrastare l’inevitabile effetto distorsivo generato dal sistematico riallineamento della programmazione regionale e locale, tendente a concentrare le attività di controllo su quelle verificate, presumibilmente a detrimento di altre, ha reso necessario ampliare ogni anno lo spettro degli elementi valutati, evidenziando i limiti dell’uso dei criteri di valutazione parziale.

L’aggiornamento anno dopo anno degli indicatori e dei criteri di valutazione ha inoltre consentito di guidare le attività dei vari settori verso il progressivo allineamento agli obiettivi prefissati, nei casi in cui ciò si sia reso necessario. Quanto fin qui detto si può facilmente evincere dalla **Tab. 4**, relativa al trend degli esiti delle valutazioni dei flussi

informativi relativi agli anni 2006-2018, e dalla **Tab. 5**, concernente il trend degli esiti delle valutazioni delle “performance” relative agli anni 2012-2018.

L’evidenza di tali risultati può essere inoltre desunta dalle dettagliate relazioni e analisi effettuate per ciascun anno di valutazione, e rese pubbliche sul sito web istituzionale del Ministero della Salute, nell’ambito della relazione annuale 2018³⁶ al Piano Nazionale Integrato (PNI) 2015-2018³⁷.

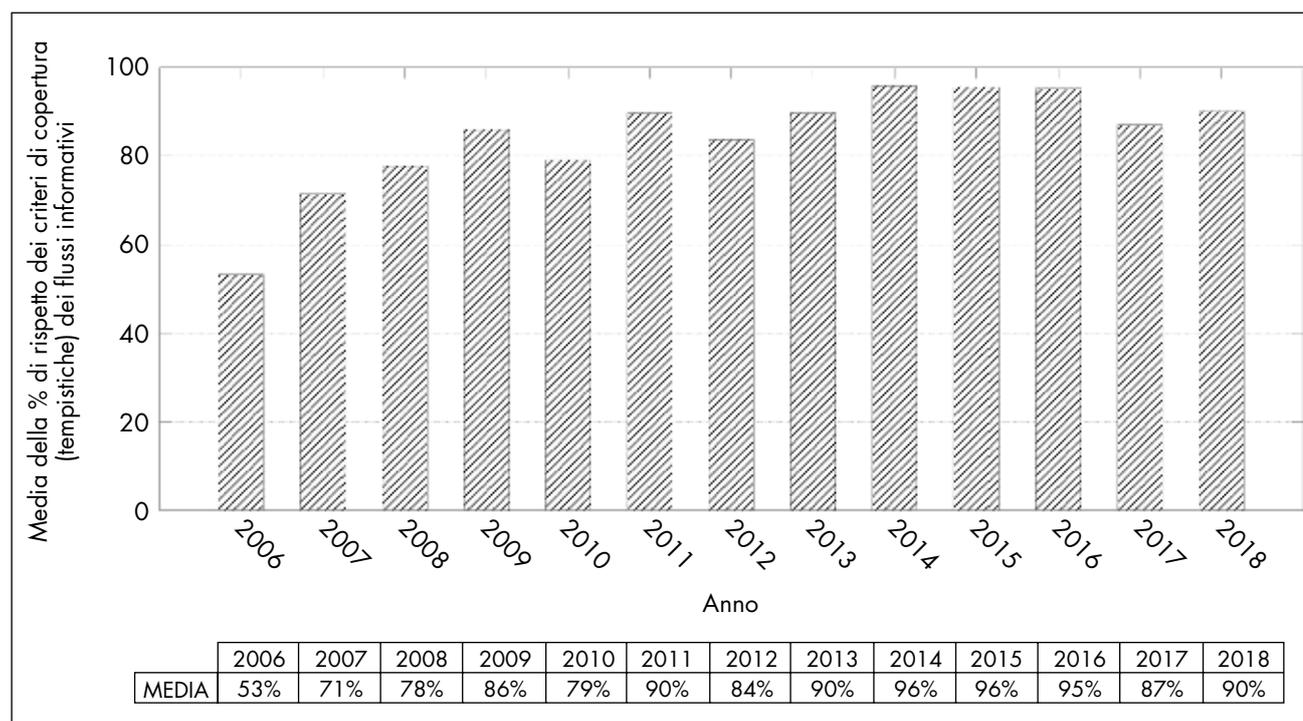
³⁶ Relazione Annuale 2018 al Piano Nazionale Integrato (PNI) 2015-2018 (vedasi in particolare i Capitoli 4 e 5), consultabili su: <http://www.salute.gov.it/relazione-Annuale2018/homeRA2018.jsp>.

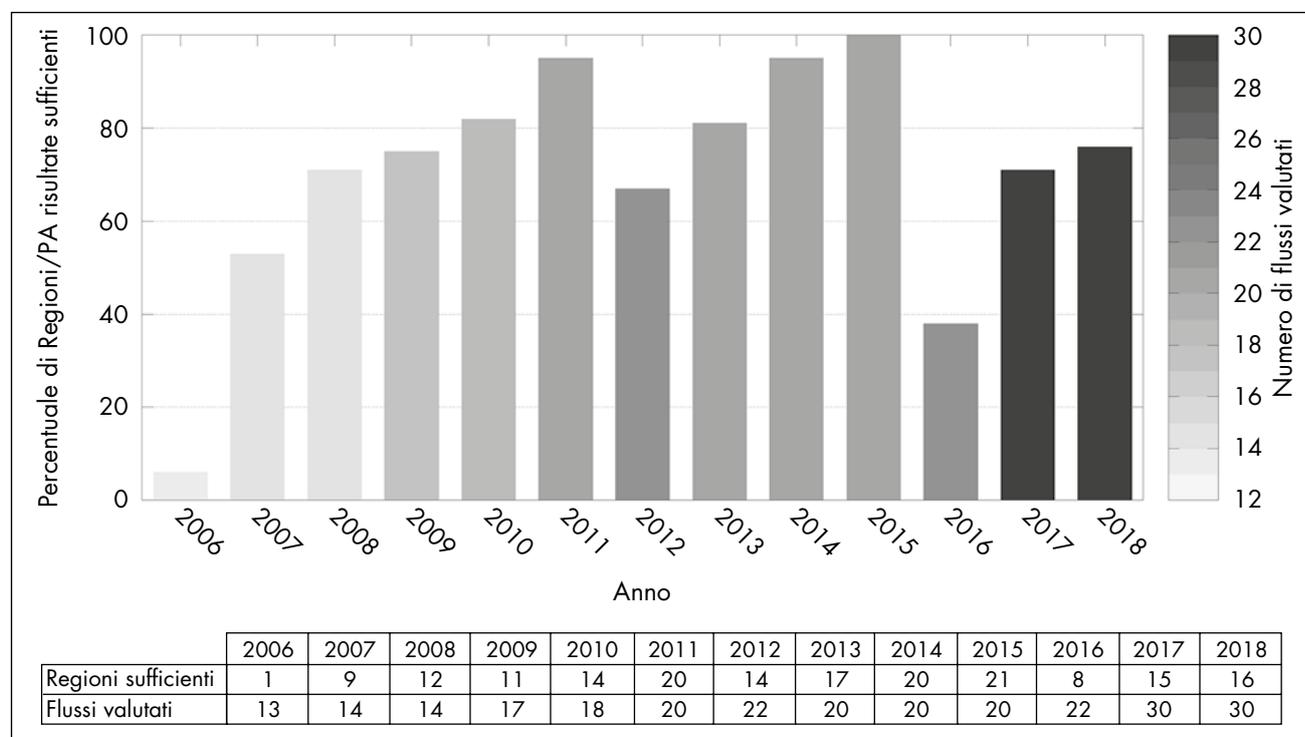
³⁷ Relazione Annuale 2018 al PNI 2015-2018 – **Capitolo 5b. Analisi Critica e Conclusioni.**

“La standardizzazione delle valutazioni, messa a punto negli anni precedenti, e la loro reiterazione negli anni, ha consentito una lettura analitica e comparabile di ciascun sistema sanitario regionale in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. [...] Il trend delle valutazioni annuali dà evidenza dello sforzo di miglioramento intrapreso dalla autorità competenti regionali. Nel corso degli anni, a partire dal 2007, la valutazione dei flussi informativi ha registrato, infatti, un costante miglioramento (più impegnativo per il criterio di qualità) come desumibile dalla tabella 10, nonostante l’in-

Tab. 3

Trend delle medie annuali del rispetto, da parte delle Regioni, dei criteri di copertura dei flussi informativi (concernenti in genere le tempistiche di trasmissione)



**Tab. 4**

Trend degli esiti delle valutazioni dei flussi informativi relativi agli anni 2006-2018

Talora, la spinta generata dall'impossibilità di soddisfare a pieno due indicatori importanti – quali quello relativo alle attività di prelievo di campioni

cremento numerico dei flussi valutati negli anni. Quasi tutte le Regioni e Province autonome, e le strutture corrispondenti delle ASL, hanno messo a punto sistemi efficaci di governo dei flussi informativi, con la predisposizione di 'scadenziari' riportanti la definizione puntuale delle tempistiche e modalità di gestione dei flussi e i loro referenti, e/o in alcuni casi individuando strutture dedicate a tale finalità. La evidente flessione del trend, rilevata nella Certificazione 2013 e 2017, è probabilmente ascrivibile all'inserimento di nuovi, e ulteriori, indicatori nel complesso di quelli monitorati.

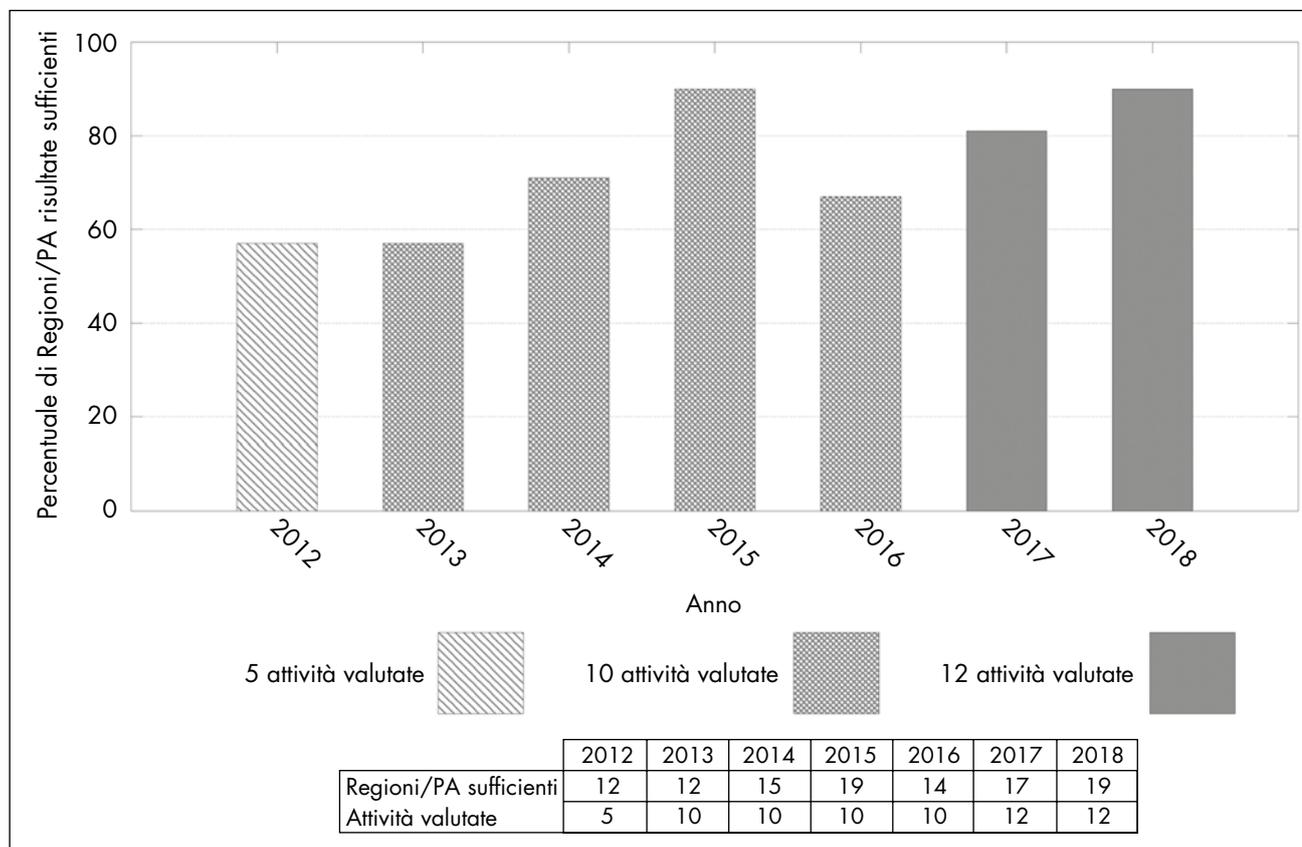
Nel 2016, a seguito di alcune modifiche alla precedente articolazione degli items di valutazione ('flussi informativi' e 'macroindicatori AAJ') e a una contestuale variazione di alcuni criteri di valutazione degli indicatori si è registrata una netta difficoltà delle Regioni rispetto alle soglie stabilite per l'erogazione delle aliquote aggiuntive di finanziamento connesse alla Certificazione adempimenti LEA. Tale difficoltà è stata prontamente superata nel corso dell'anno successivo, come evidenziato dal raggiungimento della sufficienza nel 71,4% delle Regioni (rispetto al 38% del 2016).

Riguardo, invece, alla valutazione tramite gli 'indicatori di performance', analiticamente descritti nel 'Capitolo 4 – Verifiche', le Regioni che hanno raggiunto la soglia di performance stabilita come 'sufficiente' sono state 17, evidenziando un andamento in miglioramento rispetto all'anno precedente".

nelle fasi di distribuzione e commercializzazione degli alimenti e quello relativo ai controlli effettuati in ambito di farmacovigilanza – ha determinato l'avvio di corpose iniziative di coordinamento con le Regioni e di revisione dell'organizzazione generale del sistema dei controlli in tali ambiti (rispettivamente con l'approvazione dell'Intesa CSR 212/2016 e con il decreto di istituzione del nucleo di farmacovigilanza e la successiva emanazione di una linea guida ministeriale)³⁸.

Inoltre il generale impulso impresso ai processi di pianificazione e di verifica dell'efficacia ha determinato, oltre alla predisposizione di nuovi piani di controllo, anche un incre-

³⁸ Nota DGSAF n. 1466 del 26/1/2012 "linee guida per la predisposizione, effettuazione e gestione dei controlli sulla distribuzione e l'impiego dei medicinali veterinari".



mento dell'interesse su aspetti formativi riguardanti le attività di audit e l'organizzazione, metodi e tecniche del controllo ufficiale, con eventi formativi svolti in modo intenso e ricorrente nell'arco dell'ultimo decennio³⁹, sia presso il Ministero sia presso le Regioni e le ASL, arrivando a coinvolgere la maggior parte del personale delle autorità sanitarie competenti.

Il complesso sistema di indicatori, disvelanti la ricchezza e complessità delle prestazioni da garantire in SPVe-

³⁹ Relazione Annuale 2019 al Piano Nazionale Integrato, sull'attività formativa svolta dall'ISS. <https://www.salute.gov.it/relazioneAnnuale2019/dettaglioRA2019.jsp?cap=capitolo5&sez=ra19-5-5b-formazione&id=2948> (sul sito web sono disponibili anche le relazioni relative ad anni precedenti).

SA, ha posto agli enti Regione il tema della necessità di valutare con attenzione gli eventuali tagli dei servizi competenti ed è stato uno strumento per tentare di contenere e contrastare le dinamiche regressive degli uffici regionali.

Le Regioni infatti, in assenza di misure legislative nazionali per il mantenimento di risorse umane adeguate o di misure volte a determinare le necessità minime per operare, hanno avviato, da diversi anni, politiche di accorpamento degli uffici e di riduzione delle risorse umane dedicate al settore, con dis-efficientamento della catena di comando a causa della perdita di know-how e delle facultà gestionali da parte dei Servizi veteri-

Tab. 5

Trend degli esiti delle valutazioni delle "performance" relative agli anni 2012-2018

nari e di prevenzione, dovute all'aumento della distanza dal vertice, alla perdita di soggetti di riferimento, alla riduzione della capacità ricognitiva delle esigenze e delle problematiche del settore.

In alcuni assessorati sanitari regionali si è registrato⁴⁰, per l'impatto del sistema di valutazione in argomento, un miglioramento o contenimento del fenomeno di dequalificazione delle Strutture, facendo segnare un significativo incremento del personale dislocato negli uffici regionali, per far fronte in maniera puntuale al complesso delle incombenze loro delegate; mentre in altre Regioni, pur a fronte di realtà zootecniche e produttive importanti, si è optato per la soppressione delle articolazioni organizzative assessorili dei Servizi veterinari sulla base di motivazioni generiche (efficientamento, semplificazione, taglio dei costi).

Si è trattato quindi di un'interazione di forze con verso divergente (il sistema di valutazione da un lato e il malinteso obiettivo di risparmio⁴¹ dall'altro); e non è possibile, di fatto, quantificare l'efficacia del performance management nel contrasto alle dinamiche

regressive e demolitive^{42, 43} degli organismi di prevenzione sanitaria, ma, in ogni caso, esso ha rappresentato un elemento costruttivo, di consapevolezza, di contenimento o rallentamento dei suddetti processi regressivi.

6. Conclusioni

Lo strumento di performance management su descritto, oltre che essere stato lo strumento utilizzato per la

⁴⁰ Conclusioni sull'attività di audit a cascata nel SSN (sui Servizi si SPVeSA) riferite nel capitolo 5 della Relazione Annuale 2019 (consultabile su: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_dettaglioPNI_2990_2_allegato.pdf).

⁴¹ Circa il potenziale impatto sull'economia e al rapporto tra presunti risparmi di spesa e gravità economiche delle conseguenze, si veda il documento "Prevention and control of animal diseases worldwide Economic analysis – Part I: Prevention versus outbreak costs Final Report" (2007); prepared by Agra CEAS Consulting per OIE. Presented during the International Conference co-organised by the World Bank (WB) and the World Organisation for Animal Health (OIE) in collaboration with the Food and Agriculture Organisation (FAO) of the United Nations: "Global Animal Health Initiative: The Way Forward", held in Washington DC (USA), at the World Bank Headquarters on October 9-11, 2007.

⁴² In merito alla presenza e organizzazione dei Servizi di sanità pubblica veterinaria, nell'amministrazione statale, Ferri *et al.* (2014) riferiscono: "La legge 6 luglio 1933 n. 947 autorizza il governo all'emanazione di un nuovo Testo Unico delle leggi sanitarie che si realizza attraverso il regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 ancora vigente anche se ampiamente modificato. In particolare viene costituita, presso il Ministero dell'Interno, una Direzione Generale della Sanità Pubblica [...] Il prefetto è l'autorità sanitaria della Provincia, presiede il consiglio provinciale di sanità, e ha alle sue dipendenze il medico provinciale e il veterinario provinciale [...] Il veterinario provinciale fa parte dell'ufficio sanitario provinciale (diretto dal medico provinciale) e sovrintende al Servizio veterinario. [...] Nel 1958 l'organizzazione sanitaria viene resa completamente autonoma con la costituzione del Ministero della salute (L. 296/58) [...] a livello periferico costituisce in ogni provincia gli uffici del medico provinciale e del veterinario provinciale, ancora coordinati dal Prefetto, ma alle dirette dipendenze del Ministero della sanità. [...] Il veterinario comunale con il D.P.R. n. 264 del 11.02.1961, che istituzionalizza l'ufficio veterinario comunale, assume il ruolo di ufficiale governativo e provvede all'applicazione delle disposizioni concernenti la polizia veterinaria e la vigilanza sanitaria degli alimenti di origine animale oltre a vigilare sullo stato sanitario del patrimonio zootecnico, tenendo informato il veterinario provinciale [...] Con il D.P.R. 14 gennaio 1972 n. 4, si realizza il passaggio alle Regioni di talune funzioni statali e vengono trasferiti alle regioni gli uffici dei medici e dei veterinari provinciali e gli uffici sanitari dei comuni [...] [Ferri G., Ventre C. – Evoluzione dell'organizzazione della sanità pubblica veterinaria dall'ACIS al Ministero della salute al servizio sanitario nazionale. *La medicina veterinaria unitaria* (1861-2011), edito a cura della Fondazione iniziative zooprofilattiche e zootecniche – Brescia 2014, 84: 41-47] (N.d.R.: il successivo D.Lgs. n. 193/2007, "attuazione della direttiva 2004/41/CE relativa ai controlli in materia di sicurezza alimentare e applicazione dei regolamenti comunitari nel medesimo settore", designa quali Autorità competenti per la sicurezza alimentare e per gli interventi ordinari in sanità pubblica veterinaria e polizia veterinaria il Ministero della Salute, le Regioni e Province autonome e le Aziende Unità Sanitarie Locali, nell'ambito delle rispettive competenze).

⁴³ Alla data odierna gli uffici di sanità pubblica veterinaria sono presenti solo in 11 assessorati sanitari regionali, nonostante che il D.P.R. n. 4 del 1972 abbia previsto il trasferimento dei veterinari provinciali (livelli di raccordo tra Ministero della salute e sanità locale), e delle relative competenze, dallo Stato ai costituenti enti Regione, con l'obbligo di istituzione di uffici veterinari, in ciascun assessorato alla sanità.

valutazione delle prestazioni erogate nell'ambito della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare (SPVeSA), ha mostrato di rispondere adeguatamente anche alla specifica finalità di consolidare, mettere a punto ed efficientare la macchina operativa dei Servizi Veterinari a livello nazionale, regionale e aziendale. Nell'ambito della prevenzione in sanità pubblica veterinaria e alimentare occorre infatti essere consapevoli che, se la "macchina" operativa funziona, si può ragionevolmente prevedere che tendenzialmente riuscirà a garantire gli outcome attesi, di prevenzione, riduzione o eliminazione dei rischi sanitari, e potrà performare anche in occasione di stress straordinari, riuscendo pertanto ad affrontare al meglio anche crisi sanitarie impreviste.

Riguardo specificamente alla tecnicità, l'esperienza condotta a partire dal 2007 ha dimostrato che la valutazione dei sistemi di prevenzione in sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare non può essere effettuata cercando di individuare pochi indicatori con funzione descrittiva o di spia. I risultati ottenuti in questi anni di certificazione fanno ritenere che, rispetto alla ricerca di un numero **minimo** di indicatori, è invece più funzionale orientarsi verso l'individuazione di quelli **necessari**. Solo la successiva aggregazione di tali indicatori può fornire un'idea generale di efficienza dei Servizi.

Peraltro le linee di attività in cui si articola la SPVeSA sono in numero cospicuo (oltre un centinaio) e dunque occorre fare ricorso a una moltitudine di indicatori, mentre le necessità di sintesi possono essere soddisfatte attraverso meccanismi di composizione pesata dei dati.

Oltre a ciò, l'utilizzo di un ampio numero di indicatori ha offerto una valutazione d'insieme, fondata su una base di dati significativa, in grado di offrire un quadro più preciso delle prestazioni da valutare, riuscendo a ridurre, per un effetto di diluizione, la distorsione dovuta a eventuali errori nella valutazione di singoli indicatori. L'esperienza ha inoltre evidenziato che gli indicatori utilizzati sono risultati applicabili continuativamente nel corso del decennio in argomento e sono risultati applicabili in tutti i contesti operativi regionali, salvo alcune rare e motivate eccezioni (come per esempio, per motivi geografici, gli indicatori riguardanti i controlli in ambito di molluschicoltura). Viceversa il limite fisico del processo di valutazione su descritto è stato rappresentato dalla disponibilità di risorse per la gestione della valutazione di un numero elevato di indicatori.

Il percorso sin qui descritto ha inoltre dimostrato l'opportunità di prevedere una valutazione generale dell'attività dei Servizi sanitari basata su indicatori individuati per ciascuna delle linee di attività della loro mission, poiché ciò consente una distribuzione non opportunistica delle risorse e dell'impegno, evitando il fenomeno dell'accantonamento delle linee di attività non valutate. Quasi sempre, infatti, durante gli audit sui Servizi si è constatato che le attività incluse nelle schede di budget delle Aziende sanitarie locali risultavano essere esclusivamente quelle oggetto di valutazione da parte del Comitato LEA.

Il sistema di valutazione su descritto ha consentito di registrare il progressivo miglioramento dei processi di programmazione delle attività e di gestione dei debiti informativi, e ha contri-

buito in modo significativo alla cultura del miglioramento continuo dell'organizzazione dei Servizi di SPVeSA e dei loro processi operativi.

L'elevato numero di indicatori, di criteri di valutazione e di filiere di attività valutate, progressivamente incrementato negli anni, fornisce evidenza del lavoro (svolto lungo un arco temporale piuttosto ampio) di costruzione dei benchmark di riferimento. Le attività di controllo ufficiale e le altre attività ufficiali sono state infatti organizzate, nel tempo, attraverso numerosi Piani nazionali specifici (declinati, a cascata, con le programmazioni regionali e locali di settore) e con l'individuazione sistematica degli obiettivi numerici attesi (i benchmark), che si sono rivelati essenziali per la definizione dei denominatori degli indicatori.

Il sistema di valutazione delle performance su descritto ha fornito quindi uno spaccato del livello di cultura professionale consolidatasi nei Servizi di SPVeSA, abituati a lavorare secondo standard, grazie anche alla loro storica responsabilità e al dialogo tra i tre livelli (centrale, regionale e locale) in cui sono organizzati.

La valutazione puntuale dell'efficienza e dell'efficacia dei processi ha generato inoltre un intenso processo di coordinamento tra le diverse autorità competenti stimolando il miglioramento degli strumenti di programmazione e rendicontazione di tutti i livelli delle AC.

Ha inoltre evidenziato, attraverso i feedback organizzativi generati, che per raggiungere gli obiettivi sanitari e adeguati standard di funzionamento tutti e tre i livelli delle AC devono essere all'altezza dei rispettivi ruoli e

compiti e che non può esistere nell'ambito della sanità veterinaria pubblica un sistema acefalo. Semmai il *performance measurement and management* induce un processo di co-evoluzione di tutti i soggetti coinvolti, vista anche la dimensione di scala nazionale di determinati interventi e della necessità di riferire le valutazioni a un livello nazionale.

Il metodo di valutazione adottato ha inoltre favorito il coordinamento tra i laboratori ufficiali e con le Autorità Competenti committenti. L'effetto di alcuni criteri di valutazione, infatti, è stato quello di rendere chiaro che il committente degli esami analitici (il servizio sanitario regionale) risponde delle tempistiche e della qualità dell'attività svolta dai propri laboratori ufficiali di riferimento (ARPA E IIZZSS). Il processo fin qui descritto ha consentito inoltre la maturazione del rapporto e del confronto con le altre tematiche della prevenzione e con la sanità ospedaliera e distrettuale, favorendo la comunicazione delle logiche e delle politiche sanitarie che informano la SPVeSA, e ha fornito inoltre agli amministratori pubblici una maggiore consapevolezza delle attività svolte in detto ambito. Infatti, la portata degli indicatori, l'ampia estensione delle linee di attività considerate, la reiterazione del processo valutativo hanno consentito di evidenziare la funzione e la vitalità dei Servizi di SPVeSA, e la loro disponibilità a essere misurati, facendoli uscire dal cono d'ombra in cui spesso di fatto sono relegati a causa delle intrinseche ragioni connesse al tipo di attività, meno legata alla "domanda" del territorio.

BIBLIOGRAFIA

- Bellani L., Caporale V. (1982). L'avvio di un sistema di indicatori per la verifica della sanità animale, in relazione alle azioni veterinarie previste dal Piano sanitario nazionale. *Il Progresso veterinario*, 1(82): 13-28.
- Bernardi C. (2005). Gli indicatori di interesse veterinario nella legislazione sanitaria. Osservazioni e proposte. *Il Progresso veterinario*, 10: 1-10.
- Carbone C., Lecci F., Lega F., Prenestini A., Rotolo A., Tarricone R., Valotti G. (2013). Misurare le performance per creare valore nelle aziende sanitarie pubbliche: uno strumento multidimensionale di valutazione. *Rapporto OASI 2013*. Milano: Egea.
- Cipolla C.M. (1989). *Miasmi ed umori: ecologia e condizioni sanitarie in Toscana nel Seicento*. Bologna: il Mulino.
- Ferri G., Ventre C. (2014). Evoluzione dell'organizzazione della sanità pubblica veterinaria dall'ACIS al Ministero della salute al servizio sanitario nazionale. *La medicina veterinaria unitaria (1861-2011)*, Fondazione iniziative zooprofilattiche e zootecniche - Brescia, 84: 41-47.
- Fondazione GIMBE (2019). *4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*. Bologna. - Recuperato da: www.rapportogimbe.it.
- Lebas M. (1995). Performance measurement and performance management. *Int. J. Production Economics*, 41: 23-35.
- Lega F. (2016). *Management e leadership dell'azienda sanitaria*. Milano: Egea.
- Marabelli R., Mantovani A. (1997). *La medicina veterinaria presentata ai pubblici amministratori*. Capodarco di Fermo (Italy): Litografica Com.
- Marabelli R., De Sandoli G., Fucilli F., Bonati S. (2006). Strumento di valutazione dei sistemi regionali di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità veterinaria. *Mecosan*, 58: 25-54.
- Msellati L., Commault J., Dehove. A. (2012). Good veterinary governance: definition, measurement and challenges. *Rev. sci. tech. Off. int. Epiz.*, 31(2): 413-430.
- Parodi P., Mantovani A., Venturi M. (2004). Paesi in via di sviluppo, commercio e sanità pubblica veterinaria. *Il Progresso Veterinario*, LIX(4) - www.ordiniveterinari piemonte.it.
- Rosati S., Bertolotti L. (2020). *Lettera agli studenti del Corso di laurea in Medicina Veterinaria dell'Università di Torino*. Dipartimento di Scienze Veterinarie, Università di Torino.
- Taylor L.H., Latham S.M., Woolhouse M.E.J. (2001). Risk factors for human disease emergence. *Philosophical Transactions of the Royal Society B. Biological Sciences*, 356(1411): 983-989. DOI: 10.1098/rstb.2001.0888.
- Vacca A. (2016). Modelli Organizzativi Territoriali. Evidenze degli audit di Ministero e FVO sulle attività di SPVSA. *Argomenti*, 4(16): 11-13.
- Woolhouse M.E.J., Gowtage-Sequeria S. (2005). Host range and emerging and reemerging pathogens. *Emerging Infectious Diseases*, 11: 1842-1847. DOI: 10.3201/eid1112.050997.
- Yankelovic D. (1972). *Corporate Priorities: A continuing study of the new demands on business*. Stanford, CT: Yankelovich Inc.