



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

Approvazione, ai sensi dell'articolo 4, comma 2, dell'Intesa del 3 dicembre 2009 (Rep. atti n. 243/CSR), del documento proposto dalla Struttura tecnica di monitoraggio – STEM concernente lo snellimento degli adempimenti regionali per l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario nazionale.

Rep. Atti n. 62/CSR del 15 marzo 2012

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE  
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Nell'odierna seduta del 15 marzo 2012:

VISTO l'articolo 3 dell'Intesa del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. atti n. 243/CSR);

VISTO, in particolare, il comma 2 del predetto articolo 3, il quale, per lo svolgimento dei compiti di cui all'articolo 2, commi 1 e 3, all'articolo 4, comma 2, all'articolo 6, comma 2, all'articolo 13, commi 4 e 9 e all'articolo 14, comma 2, della citata Intesa del 3 dicembre 2009, istituisce, quale struttura tecnica di supporto di questa Conferenza, la Struttura tecnica di monitoraggio paritetica - STEM;

VISTO l'articolo 4 della più volte citata Intesa, il quale, al comma 1, indica gli adempimenti cui le Regioni e le Province autonome devono assolvere per l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale e, al comma 2, affida alla menzionata Struttura tecnica di monitoraggio - STEM il compito di aggiornare gli strumenti di valutazione e monitoraggio, da sottoporre alla approvazione di questa Conferenza, al fine di snellire e semplificare gli attuali adempimenti ed individuare un apposito set di indicatori per aree prioritarie di particolare rilevanza in materia di attuazione dei LEA, tenendo conto degli indicatori già resi disponibili dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e delle esperienze già operative in diverse realtà regionali, anche promuovendo le eventuali necessarie modifiche normative;

VISTA la lettera in data 23 febbraio 2012, con la quale il Presidente della più volte detta Struttura tecnica di monitoraggio paritetica - STEM ha trasmesso il documento indicato in oggetto approvato dalla Struttura medesima nel corso della riunione del 21 febbraio 2012;





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

VISTA la nota in data 29 febbraio 2012, con la quale il predetto documento è stato diramato alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano ed alle Amministrazioni centrali interessate;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

APPROVA

ai sensi dell'articolo 4, comma 2, dell'Intesa del 3 dicembre 2009 (Rep. atti n. 243/CSR), il documento proposto dalla Struttura tecnica di monitoraggio – STEM concernente lo snellimento degli adempimenti regionali per l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario nazionale, allegato 1, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE  
Dott. Piero Gnudi

Documento sullo snellimento degli adempimenti regionali  
ai sensi dell'art. 4, comma 2,  
del Patto per la salute 2010-2012

Parte prima - Osservazioni di carattere generale.

Il Patto per la Salute 2010-2012 approvato con Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, all'art. 4, comma 2, affida alla Struttura tecnica di monitoraggio paritetica di supporto alla Conferenza Stato-Regioni (STEM) il compito di *"aggiornare gli strumenti di valutazione e monitoraggio, da sottoporre alla approvazione della Conferenza Stato-Regioni, al fine di snellire e semplificare gli attuali adempimenti ed individuare un apposito set di indicatori per aree prioritarie di particolare rilevanza in materia di attuazione dei LEA, tenendo conto degli indicatori già resi disponibili dal Ministero della salute e delle esperienze già operative in diverse realtà regionali, anche promuovendo le eventuali necessarie modifiche normative"*.

In attuazione del descritto mandato, la STEM ha elaborato la presente proposta di semplificazione e snellimento degli attuali "adempimenti regionali" - previsti al Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali (di seguito Tavolo di verifica) di cui all'art.12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (di seguito Comitato LEA) di cui all'art 9 della stessa Intesa - composta da una prima parte di carattere generale, relativa alla semplificazione dell'iter di verifica, e una seconda parte, più dettagliata, che interviene su specifici aspetti tecnici in relazione a singoli adempimenti. I documenti sugli adempimenti presi in esame sono quelli utilizzati per la verifica dell'anno 2010, che si riportano in allegato (All. A).

La presente proposta costituisce una prima revisione degli adempimenti vigenti per pervenire ad un aggiornamento degli strumenti di valutazione, che potranno essere monitorati dalla STEM anche con cadenza annuale.

Acquisita l'approvazione della Conferenza Stato-Regioni, il Tavolo di verifica e il Comitato LEA sopracitati provvederanno all'aggiornamento degli adempimenti di competenza, recependo quanto previsto dal presente documento, ferme restando le eventuali necessarie modifiche di natura legislativa.



Come noto, il richiamato articolo 4 del Patto per la Salute 2010-2012 dispone che l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario Nazionale sia subordinato all'esito positivo della verifica degli "adempimenti regionali".

I primi adempimenti sono stati introdotti nell'ordinamento dall'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, ulteriori sono stati aggiunti annualmente, attraverso Leggi finanziarie, Accordi Stato-Regioni e con i Patti per la salute.

In questa maniera, si è addivenuti ad un sistema complessivo di adempimenti - trasversali alle tre macroaree dell'assistenza e contraddistinti ciascuno da una lettera dell'alfabeto - che costituisce strumento di monitoraggio ufficiale delle *performances* delle Regioni, utilizzato dal Tavolo di verifica e dal Comitato LEA, ai fini della valutazione della sussistenza delle condizioni per lo sblocco della quota di finanziamento condizionata alla verifica.

Prendendo come riferimento gli adempimenti previsti per l'anno 2010, si propongono i seguenti tre filoni di semplificazione.

### 1. Ridurre tempistica.

Le Regioni hanno rappresentato, al fine di poter tempestivamente adottare i provvedimenti necessari per il positivo superamento degli adempimenti, l'opportunità di poter conoscere con congruo anticipo - e comunque prima della conclusione dell'anno oggetto di verifica - la documentazione da dover produrre al Tavolo di verifica presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Tale modalità consentirebbe alle Regioni di orientare la programmazione, di indirizzare le attività delle proprie Aziende sanitarie e di adottare in corso d'anno gli opportuni atti deliberativi.

Allo stato, l'articolazione temporale è disciplinata dall'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, che prevede che il Tavolo di verifica fornisca alle Regioni le indicazioni necessarie per la verifica degli adempimenti entro il 30 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento.

Poiché l'anticipazione del suddetto termine non appare praticabile alla luce dell'indisponibilità di taluni atti ritenuti indispensabili per la verifica (p. es. Intesa sul riparto delle risorse disponibili per il SSN dell'anno di riferimento della verifica; Intesa sul DPCM attuativo del D.lgs. n. 56/2000 dell'anno stesso), conviene, tuttavia, sull'opportunità di contenere la dilatazione dei tempi.



Le Regioni ed i Ministeri, pertanto, assumono il comune e reciproco impegno ad operare ogni sforzo volto ad intervenire, riducendoli, sui tempi di invio e verifica della documentazione, nonché sui tempi di approvazione degli atti presupposti per la verifica, evitando la richiesta di informazioni non derivabili da flussi informativi correnti, quando difficilmente reperibili *a posteriori*.

## 2. Uniformare gli strumenti di trasmissione.

Con riferimento alle modalità di trasmissione delle informazioni e della documentazione richiesta ai fini della valutazione tra le articolazioni regionali e gli uffici ministeriali preposti, le Regioni evidenziano criticità di processo, legate in larga misura all'assenza di uno specifico applicativo *web* al Tavolo di verifica che possa fungere – analogamente a quanto avviene per il Comitato LEA – da strumento di trasmissione in tempo reale e di semplificazione amministrativa .

Le Regioni, infatti, ritengono che l'utilizzo di una piattaforma informativa ed informatica comune possa garantire la migliore veicolazione di informazioni standardizzate, unificando la regia regionale ed impedendo duplicazioni e ripetizioni nella trasmissione della documentazione già inviata al Tavolo negli anni precedenti.

I Ministeri condividono le summenzionate considerazioni regionali e ritengono opportuno, verificata la sussistenza delle coperture finanziarie, attivare anche per il Tavolo di verifica uno strumento *web* con delle funzionalità eventualmente aggiuntive rispetto a quelle utilizzate, a partire dalla verifica 2008, dal Comitato LEA. Tale strumento deve permettere, per esempio, di guidare la compilazione del questionario e monitorare lo stato degli invii e deve consentire un collegamento con lo specifico applicativo *web* concernente l'acquisizione dei dati dell'adempimento b) beni e servizi.

## 3. Raggruppare argomenti omogenei e tabelle.

Come evidenziato in apertura, la struttura del questionario, risalente all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, è giunta alla attuale configurazione attraverso successive stratificazioni normative e regolamentari.

La modalità di formazione progressiva ha fatto sì che il documento presenti un scarso grado di omogeneità e di sistematicità nei suoi contenuti, tale da



compromettere una rapida consultazione e da ingenerare il rischio di confusione in relazione ad alcune sue componenti.

Le Regioni hanno evidenziato l'opportunità di migliorare la lettura del Documento attraverso una rivisitazione dell'articolazione degli adempimenti, suggerendo la possibilità di raggruppamenti ed unificazioni degli adempimenti che siano riferiti ad argomenti omogenei.

Il lavoro tecnico regionale di riscontro rispetto alle informazioni richieste dal questionario sarebbe, inoltre, utilmente razionalizzato dall'integrazione del documento con tabelle riepilogative dei dati da utilizzare, idonee a fornire evidenza immediata dei riferimenti che le Regioni devono utilizzare.

In particolare, si segnala l'opportunità di procedere all'inserimento di griglie riepilogative, per singola Regione, di:

- contributi in conto esercizio, indistinti e vincolati;
- comunicazioni AIFA circa il valore del *pay back* e calcolo dei tetti della spesa farmaceutica;
- saldi di mobilità.

Con l'introduzione di uno specifico applicativo *web* la risoluzione di tale criticità metodologica è agevolata attraverso la previsione delle modalità di consultazione e di gestione dell'applicativo, tali da permettere richieste tematiche per argomenti.

#### **Parte seconda- Analisi Adempimenti regionali per l'anno 2010.**

L'analisi condotta dalla STEM ha evidenziato l'opportunità che le Regioni, in relazione a tutti gli adempimenti, procedano ad inviare esclusivamente documentazione di aggiornamento, evitando l'invio di documentazione qualora, rispetto agli esercizi precedenti, non siano intervenute modifiche nell'ambito regionale, con ciò ampliando le iniziative già adottate a riguardo dal Tavolo di verifica e dal Comitato LEA .

Deve essere cura delle Regioni comunicare il provvedimento che ha operato sull'adempimento dell'anno oggetto di verifica. Qualora tale provvedimento sia stato precedentemente trasmesso, non è necessario un nuovo invio.

Più in dettaglio, nell'ambito degli adempimenti 2010 i punti oggetto dell'intervento di semplificazione e razionalizzazione sono i seguenti:



**d) PATTO DI STABILITA' INTERNO:** adeguarsi alle prescrizioni del patto di stabilità interno (articolo 77 ter della legge 6 agosto 2008, n. 133, introdotto dall'articolo 4, comma 4-octies del decreto legge 25 gennaio 2010 n.2, convertito con modificazioni nella legge 26 marzo 2010, n. 42).

*L'adempimento può essere eliminato con la seguente modifica normativa su cui la STEM ha espresso parere tecnico positivo:*

*“A decorrere dall'anno 2012 è esclusa dalle verifiche degli adempimenti regionali in materia sanitaria previsti dal vigente ordinamento, con riferimento agli esercizi 2011 e seguenti, la verifica del rispetto del patto di stabilità interno, tenuto conto della sua estraneità alla materia sanitaria e della specifica disciplina, anche sanzionatoria, in caso di inadempienza, che regola il medesimo patto di stabilità interno”.*

**e) MANTENIMENTO EROGAZIONE DEI LEA:** mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni, art. 54 della Legge 27 dicembre 2002, n.289 e art. 1, comma 169 della Legge 30 dicembre 2004, n.311).

*L'adempimento deve essere oggetto di specifico esame in sede di Comitato LEA, al fine di valutare la riduzione del numero di indicatori previsti.*

**j) MONITORAGGIO PRESCRIZIONI (tessera sanitaria):** attivare sul proprio territorio il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere di cui ai commi 5-bis, 5-ter e 5-quater dell'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388; la relativa verifica avviene secondo modalità definite in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (articolo 52, comma 4 lettera a), della legge 27 dicembre 2002, n. 289). Tale adempimento regionale si considera rispettato dall'applicazione, in rapporto allo stato di attuazione delle procedure previste dalle disposizioni dell'articolo 50 del decreto - legge 30 settembre 2001 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 320. Tale



adempimento si intende rispettato anche nel caso in cui le Regioni e le Province autonome dimostrino di avere realizzato, in rapporto allo stato di attuazione delle procedure previste, direttamente nel proprio territorio sistemi di monitoraggio delle prescrizioni mediche, nonché di trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze, di copia dei dati dalle stesse acquisiti, i cui standard tecnologici e di efficienza ed effettività, verificati d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, risultino non inferiori a quelli realizzati in attuazione dell'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003 n.269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326.

*Gli adempimenti j), k) ed ae) vengono accorpati in un unico adempimento, al fine di razionalizzare le attività regionali in materia di tessera sanitaria, medicina generale e pediatria di libera scelta, ferme restando le modalità di verifica.*

**m) CONFERIMENTO DATI AL SIS:** il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario, nei contenuti e secondo le modalità di cui al comma 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla suddetta Intesa, sulla base dei criteri fissati dalla Cabina di Regia. Restano fermi gli adempimenti relativi agli obblighi informativi di cui ai decreti ministeriali 16 febbraio 2001, 28 maggio 2001, 29 aprile 2003 e 18 giugno 2004 (art. 3, comma 6 dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005);

- Decreto Ministeriale del 15 ottobre 2010 relativamente a "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio e la tutela della salute mentale" (SISM);

- Decreto Ministeriale del 11 giugno 2010 relativamente a "Istituzione del Sistema Informativo nazionale per le dipendenze" (SIND).

*L'adempimento deve essere semplificato a cura del Ministero della salute.*

**o) CONFERMABILITA' DIRETTORI GENERALI:** garantire entro il 30 ottobre 2005 ed a tale scopo adottare misure specifiche dirette a prevedere che, ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore Generale delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli Istituti di Ricovero





a Carattere Scientifico, il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario costituisce grave inadempienza (art. 3, comma 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005).

*La semplificazione dell'adempimento è oggetto di approfondimento in sede di Comitato LEA.*

**r) RIDUZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA EROGATA :** adottare entro il 30 settembre 2005 provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo entro l'anno 2007 il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti di cui quelli in regime diurno, di norma pari al 20% precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006 (art. 4, comma 1, lettera b) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

*L'adempimento sarà semplificato a cura del Ministero della salute .*

**ai) ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA:** La norma dispone che ogni azienda sanitaria locale, ospedaliera o universitaria deve predisporre un piano aziendale – con riferimento alle singole unità operative- sui volumi di attività istituzionali e attività libero-professionale intramuraria con particolare riguardo anche alle condizioni di esercizio di tale attività, nonché dei criteri che regolano l'erogazione di tali prestazioni e priorità di accesso.

Termine di presentazione: 4 mesi dalla data di entrata in vigore della legge.

Scadenza 7.12.2007 da parte delle Aziende.

7.02.2008 approvazione dalle Regioni e trasmissione al Ministero della salute.

Decorsi 60 giorni da tale data in caso di silenzio assenso i piani si intendono operativi

*L'adempimento è eliminato alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n. 371 del 5 novembre 2008.*

*Il tema potrà essere oggetto di valutazione all'interno del nuovo  
Salute 2013 – 2015.*



**am) CONTROLLO CARTELLE CLINICHE:** controllare le cartelle cliniche ai fini della verifica della qualità dell'assistenza secondo criteri di appropriatezza (art. 79, comma 1- *septies*, Legge 6 agosto 2008 n. 133).

All'art. 88 della Legge 23 dicembre 2000, n. 388, il comma 2 è sostituito dal seguente: «2. Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le Regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata delle Regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze.»

- controlli sulle cartelle cliniche (art. 1 comma 1 Decreto Ministeriale del 10 dicembre 2009).

In attuazione dell'art. 79, comma 1-*septies*, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2008, n. 133, il presente decreto definisce i parametri mediante i quali le Regioni individuano le prestazioni ad alto rischio di inappropriata per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera

*La verifica dell'adempimento sarà semplificata attuando il DM 10.12.2009 che disciplina specificamente, mutandone i parametri, le modalità di controllo delle cartelle cliniche da parte delle Regioni e rende superfluo un ulteriore obbligo regionale in tal senso.*

**an) ASSISTENZA PROTESICA:** verificare la spesa per l'erogazione dell'assistenza protesica (art. 2 comma 380 Legge 24 dicembre 2007 n. 244) Nell'anno 2008, a livello nazionale e in ogni singola Regione, la spesa per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica relativa ai dispositivi su misura di cui all'elenco 1 allegato al regolamento di cui al Decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332, non può superare il livello di spesa registrato nell'anno 2007, incrementato del tasso di inflazione programmata. Al fine di omogeneizzare sul territorio nazionale la remunerazione delle medesime



prestazioni, gli importi delle relative tariffe, fissate quali tariffe massime dall'articolo 4 del Decreto del Ministro della salute 12 settembre 2006, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 289 del 13 dicembre 2006, sono incrementati del 9 per cento

*La semplificazione dell'adempimento deve essere oggetto di approfondimento in sede di Comitato LEA.*

**aq) EROGAZIONE PRESTAZIONI TERMALI** (Intesa Stato - Regioni del 29 ottobre 2009 ai sensi dell'articolo della legge 24 ottobre 2000 n. 323 sull'Accordo tra le Regioni, le Province Autonome di Trento e di Bolzano e la Federterme per l'erogazione delle prestazioni termali per il biennio 2008-2009).

*L'adempimento è eliminato a partire dall'esercizio 2011.*

**at) VALUTAZIONE STRAORDINARIA DELLE PROCEDURE AMMINISTRATIVO-CONTABILI** : le Regioni effettuano una valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle aziende e del consolidato regionale relativi all'anno 2008: a tale adempimento provvedono le Regioni sottoposte ai Piani di rientro entro il 31 ottobre 2010 e le altre Regioni entro il 30 giugno 2011 (Articolo 11 del Patto per la salute 2010-2012).

*L'adempimento deve essere modificato alla luce del d.lgs. n. 118/2011 trasformandosi da valutazione straordinaria a valutazione ordinaria delle procedure contabili regionali.*



**av) TRASMISSIONE DATI DI ASSISTENZA IN EMERGENZA URGENZA NSIS-EMUR:** trasmettere telematicamente al Ministero della salute il flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza in emergenza urgenza (DM 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza").

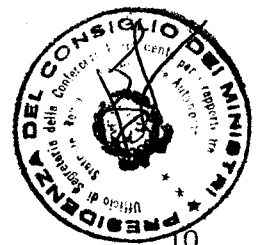
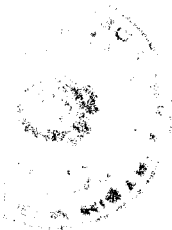
*L'adempimento, a partire dall'esercizio 2012, è semplificato nel senso che la verifica della trasmissione dei relativi dati è a carico del Ministero della salute.*

**aw) TRASMISSIONE DATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE NSIS-SIAD:** trasmettere telematicamente al Ministero della salute il flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza domiciliare (D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare").

*L'adempimento, a partire dall'esercizio 2012, è semplificato nel senso che la verifica della trasmissione dei relativi dati è a carico del Ministero della salute.*

**ax) TRASMISSIONE DATI DI ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE NSIS-FAR:** trasmettere telematicamente al Ministero della salute il flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali").

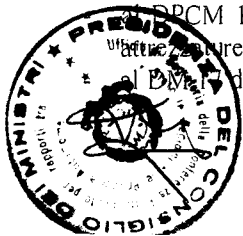
*L'adempimento, a partire dall'esercizio 2012, è semplificato nel senso che la verifica della trasmissione dei relativi dati è a carico del Ministero della salute.*



## Adempimenti anno 2010

In riferimento a quanto previsto dall'articolo 1 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, dal punto 1.4 del Patto per la salute del 28 settembre 2006 e dall'articolo 4 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, si riportano di seguito gli adempimenti già previsti dalla legislazione vigente ai fini dell'accesso all'incremento delle risorse finanziarie a carico del bilancio dello Stato nei termini stabiliti dalle disposizioni di cui:

- al DM 16 febbraio 2001 "Nuovi modelli di rilevazione economici del Sistema informativo sanitario. Nuovi modelli di rilevazione economici del Sistema informativo sanitario";
- al DM 28 maggio 2001 "Rilevazione trimestrale dei costi e dei ricavi delle aziende sanitarie"
- al decreto legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405;
- al DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e successive modifiche ed integrazioni;
- al DM 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria";
- all'art. 4 del decreto legge 15 aprile 2002, n. 63 convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, come integrato dall'articolo 52, comma 4, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e dagli articoli 48 e 50 del decreto - legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326;
- all'articolo 52, comma 4, lettere b),c) e d) e all'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- al DM 29 aprile 2003 "Rilevazione dei ricavi e costi degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)";
- alla legge 24 dicembre 2003, n.350, integrati dagli adempimenti previsti dalla medesima Intesa;
- all'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 così come modificato dal comma 810 della LF 2007;
- al DM 18 giugno 2004 "Nuovo modello LA per la rilevazione dei costi per livelli di assistenza";
- all'articolo 9 del decreto legge 30 settembre 2005 n. 203, convertito con modificazioni dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248;
- all'articolo 1, commi 203, 275 e 282 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;
- all'articolo 1, commi 565 e 796 della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- all'articolo 1, commi 5, 6, 7 e 8, della legge 3 agosto 2007, n. 120;
- DM 22 febbraio 2007, n. 43 "Regolamento recante: definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'art. 1 comma 169 della L. 30 dicembre 2004 n. 311";
- al DM 13 novembre 2007 "Modello di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni e Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il Servizio Sanitario Nazionale (già Policlinici Universitari a gestione diretta di diritto pubblico)";
- al DPCM 17 dicembre 2007 "Esecuzione dell'accordo del 1- 08- 2007, recante: "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro";
- all'articolo 2, comma 353 e comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n. 244;
- al DM 31 dicembre 2007 "Nuovi modelli di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni e aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale (già policlinici universitari a gestione diretta di diritto pubblico), integrati con le codifiche informatiche"; all'articolo 5, commi 1, 4 e 5 del decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007 n. 222;
- agli articoli 77 e 77 ter e dall'articolo 79, comma 1 septies, del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133;
- all'Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008;
- all'Intesa Stato Regioni del 20 marzo 2008;
- al DPCM 1° aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria";
- al DM 1° dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'Assistenza sanitaria emergenza-urgenza";



- al DM 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare";
- al DM 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali";
- al DM 4 febbraio 2009 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei medicinali in ambito ospedaliero";
- agli articoli 7-ter e 7-quater del decreto legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33;
- all'articolo 13 comma 1, lettera c), del decreto-legge 28 aprile 2009, n.39, convertito, con modificazioni dalla legge 24 giugno 2009, n.77;
- all'articolo 9, comma 17, articolo 11, all'articolo 17, commi da 10 a 13, all'articolo 22, commi 3 e 8, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102;
- all'Intesa Stato-Regioni del 29 ottobre 2009 ai sensi dell'articolo 4, comma 4, della legge 24 ottobre 2000, n. 323;
- all'Accordo Stato-Regioni del 26 novembre 2009, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 1 aprile 2008;
- all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto della salute per gli anni 2010-2012 – ed in particolare all'articolo 4, comma 1, lettera c), articolo 6, articolo 11, articolo 12 e articolo 15;
- al DM del 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche";
- al DM 11 dicembre 2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)";
- al DM 11 dicembre 2009 "Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria";
- all'articolo 2, commi 66 e seguenti della legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- all'articolo 77-ter della legge 6 agosto 2008, n. 133, introdotto dall'articolo 4, comma 4-octies, del decreto legge 25 gennaio 2010 n. 2, convertito, con modificazioni, nella legge 26 marzo 2010, n. 42;
- al Decreto Direttoriale della Direzione Generale della programmazione Sanitaria del Ministero della Salute del 28 gennaio 2010;
- all'art.3 comma 2 della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";
- all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 concernente il "Piano nazionale della prevenzione per gli anni 2010-2012"; all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 concernente il sistema CUP - linee guida nazionali;
- al DM 11 giugno 2010 "Istituzione del Sistema Informativo per le dipendenze (SIND)"; al DM 8 luglio 2010, n. 135 "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380";
- al DM 15 ottobre 2010 "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio e la tutela della salute mentale (SISM)";
- all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2010 sulla ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale-Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38;
- all'Intesa del 28 ottobre 2010, recante "Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012, punto 7.1 lettera A e punto 7.1 lettera B;
- all'Accordo del 16 dicembre 2010 ai sensi dell' articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore;
- al DM 18 gennaio 2011 "Valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende ospedaliero-universitarie, ivi compresi i policlinici universitari;
- all'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 concernente il "Documento per la valutazione dei Piani regionali della prevenzione 2010-2012";



Le valutazioni sono operate ordinariamente a partire dalle informazioni contabili relative al IV Trimestre 2010.

In sede di verifica dei Piani di rientro la valutazione deve comunque essere conclusa a partire dalle informazioni contabili relative al Consuntivo 2010.

Qualora la verifica per le restanti regioni si concluda dopo la data di scadenza per la trasmissione dei dati di consuntivo 2010 (30 giugno 2011), tutte le valutazioni saranno effettuate a partire dalle informazioni contabili relative al Consuntivo 2010.

Si rammenta che per ciascuno degli adempimenti sotto riportati è necessario indicare il nominativo del relativo referente regionale completo dei recapiti telefonici e indirizzo e-mail in mancanza dei quali la verifica si riterrà negativa.

Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
Stabilità ed equilibrio di gestione del Servizio Sanitario Regionale	<b>a)</b> mantenere la stabilità e l'equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale, tramite: <ul style="list-style-type: none"><li>- misure di contenimento della spesa (strumenti di controllo della domanda, riduzione della spesa sanitaria o in altri settori, applicazione di strumenti fiscali);</li><li>- la quantificazione dei maggiori oneri a proprio carico, indicandone la copertura (<i>art. 4, commi 2 e 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405</i>).</li></ul>	<b>Documentazione regionale da produrre:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>a) quantificazione dei maggiori oneri a proprio carico;</li><li>b) descrizione delle voci di entrata e di spesa rilevanti ai fini del calcolo del risultato di gestione; relazione sullo stato di attuazione delle misure di contenimento della spesa;</li><li>c) relazione sullo stato di attuazione delle misure di copertura della spesa.</li></ul>



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
		<p><b>Modalità di verifica:</b></p> <p><b><u>a.1) Risultato di gestione e coperture</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il risultato di gestione sarà valutato a partire dalle risultanze contabili del modello CE IV trimestre 2010 e dell'Intesa Stato-Regioni del 18 novembre 2010 "Nuovo riparto delle disponibilità finanziarie per il SSN per l'anno 2010", sulla base dei dati di mobilità di cui la Comunicazione n. 1065/C7SAN dell'11 marzo 2011 (cfr. verbale 25 marzo e 6 aprile 2011), comprendente le entrate proprie, quantificate nella misura corrispondente all'importo considerato nella determinazione del fabbisogno finanziario per l'anno 2011, integrate con le entrate proprie regionali rilevate dal SIS attraverso il medesimo modello CE e componenti straordinarie depurate delle partite legate alla mobilità extraregionale (codici E01035, E01085, E02050, E02115); Il Ministero della salute trasmetterà al Tavolo tecnico il risultato alla luce di quanto sopra. Qualora emergessero risultanze contabili diverse da quelle valutate dal Tavolo, anche in seduta congiunta con il Comitato LEA, il Ministero della salute ne darà immediata comunicazione;</li> <li>- le regioni devono fornire al Tavolo il dettaglio della composizione dei ricavi da "Contributi da regione per quota Fondo sanitario regionale indistinto" (A01010), "Contributi da regione per quota Fondo sanitario regionale vincolato (A01015), "Contributi da regione (extra fondo - vincolati" (A01030), "Contributi da regione extra fondo -Altro" (A01060) e la documentazione attestante le iscrizioni operate (cfr. verbale del 25 marzo e 6 aprile 2011);</li> </ul>





Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- sulla base di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, le misure adottate dalle regioni, riferendosi al disavanzo 2010, devono avere la caratteristica di produrre effetti migliorativi sull'indebitamento nel 2010, rispetto a quanto scontato in base all'importo di cui all'articolo 2, commi 66 e 67 della legge 191/2009 e s.m.i..</li>   <li>- le misure di copertura regionale della spesa saranno valutate idonee, purché gli effetti si producano entro l'anno oggetto della verifica, in particolare, sono ritenute idonee le seguenti misure: <ul style="list-style-type: none"> <li>• variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'IRPEF o altre misure fiscali previste dalla normativa vigente (IRAP, bollo auto, ecc.);</li> <li>• la dismissione del patrimonio immobiliare e la relativa cartolarizzazione, purché nel rispetto dei criteri EUROSTAT;</li> <li>• l'utilizzo di fondi regionali relativi all'anno 2010 previsti per la copertura delle maggiori occorrenze della spesa sanitaria;</li> <li>• l'utilizzo di fondi regionali relativi all'anno 2010 destinati ad altri settori di spesa non sanitari;</li> <li>• l'utilizzo di eventuali economie di spesa corrente non derivanti da indebitamento sul bilancio regionale relative all'anno 2010;</li> <li>• finanziamenti relativi ad esercizi precedenti, non ancora erogati, i cui costi risultino, però, non ancora sostenuti.</li> <li>• l'eccedenza di copertura rilevata sull'anno 2009.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Resta ferma la specifica disciplina riguardante le regioni sotto piano di rientro.</b></p>




Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
		<p>Il Tavolo ricorda, secondo quanto riportato nel verbale della riunione del 28 marzo 2008, in merito alla presenza di forme di copertura ordinariamente assicurate dalle regioni, anche per periodi di tempo determinati, che ha stabilito il principio che dalla verifica 2008 alla regione che presenta interventi di copertura continuativi sarà attribuito nella valutazione dell'equilibrio economico comunque l'impatto economico di tali interventi salvo documentare da parte della regione la relativa sospensione e/o abolizione per via normativa.</p> <p>– Non sono ritenute idonee le seguenti misure di copertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il criterio di copertura pluriennale del disavanzo, ciò in quanto determinerebbe per l'anno di riferimento un peggioramento dell'indebitamento netto delle PA;</li> <li>• la cartolarizzazione delle entrate future, perché non coerente con i predetti criteri EUROSTAT;</li> <li>• l'utilizzo delle operazioni meramente contabili quali: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ la sterilizzazione di ammortamenti degli anni precedenti. Ciò in quanto il corretto trattamento contabile degli ammortamenti relativo a voci di spesa finanziate dallo Stato prevede la contestuale sterilizzazione delle quote di ammortamento mediante la rettifica sui costi capitalizzati. Pertanto tali operazioni contabili, trattandosi di operazione di rettifica che serve ad evitare che sul risultato di esercizio incidano i costi di interventi finanziati dallo Stato, non rilevano ai fini della copertura del disavanzo delle regioni;</li> <li>◦ l'utilizzo del fondo di riserva per le spese obbligatorie e d'ordine in termini pluriennali, in quanto, alla luce delle norme di contabilità, non può essere considerato un mezzo idoneo di copertura delle spese sanitarie correnti;</li> </ul> </li> </ul>



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
		<ul style="list-style-type: none"> <li>o l'utilizzo delle risorse per obiettivi specifici (Aids, borse di studio, extracomunitari) relative ad esercizi precedenti, i cui costi siano stati già sostenuti negli anni precedenti, in quanto la cogenza del vincolo civilistico richiede esclusivamente che la riconduzione del ricavo imputato all'esercizio trovi corrispondenza quantitativa nei costi sostenuti nello stesso periodo per le medesime finalità.</li> </ul> <p>Si rammenta che il valore delle ferie maturate e non godute dà luogo ad accantonamento in coerenza con le specificità dei contratti del comparto.</p> <p><b><u>a.2) standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale</u></b></p> <p>ai sensi di quanto previsto dall'articolo 2, comma 77, della legge 191/2009 il risultato di gestione relativo al IV trimestre 2010 viene rapportato al livello di finanziamento di cui alla citata Intesa del 18 novembre 2010 "Nuovo riparto delle disponibilità finanziarie per il SSN per l'anno 2010" sulla base dei dati di mobilità di cui alla Comunicazione n. 1065/C7SAN dell'11 marzo 2011 (cfr. verbale 25 marzo e 6 aprile 2011), comprendente le entrate proprie, quantificate nella misura corrispondente all'importo considerato nella determinazione del fabbisogno finanziario per l'anno 2001 incrementato delle maggiori entrate proprie sanitarie al fine di verificare il relativo importo.</p>



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
		<p>Il Tavolo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) qualora la regione evidenzi un avanzo di gestione accerta la non sussistenza delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge 191/2009;</li> <li>b) qualora la regione evidenzi un disavanzo pari o superiore alla predetta soglia del 5%, verifica i presupposti per l'attuazione dell'articolo 2, comma 77, della legge 191/2009 in ordine alla presentazione del Piano di rientro;</li> <li>c) qualora la regione evidenzi un disavanzo inferiore alla predetta soglia del 5% e tale disavanzo sia coperto dalla regione accerta il non verificarsi dei presupposti per l'attuazione dell'articolo 2, comma 77, della legge 191/2009 in ordine alla presentazione del Piano di rientro;</li> <li>d) qualora la regione evidenzi un disavanzo inferiore alla predetta soglia del 5% e tale disavanzo: <ul style="list-style-type: none"> <li>o non sia coperto dalla regione;</li> <li>o non sia coperto dai provvedimenti adottati dal Commissario ad acta nell'ambito della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 e s.m.i.;</li> <li>o non sia coperto dagli automatismi fiscali previsti dall'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 e s.m.i. nei valori stimati dal competente Dipartimento delle finanze;</li> </ul> </li> </ul> <p>accerta il verificarsi dei presupposti per l'attuazione dell'articolo 2, comma 77, della legge 191/2009 in ordine alla presentazione del Piano di rientro.</p>
<p>Acquisto di beni e servizi</p> 	<p><b>b)</b> adempiere alle disposizioni in materia di acquisto di beni e servizi così come previsto dall'art. 2, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, così come modificato dall'art. 3 comma 168, della legge 24 dicembre 2003, n.350, nonché</p>	<p><b>Documentazione regionale da produrre:</b></p> <p>compilazione e trasmissione delle schede di monitoraggio da parte della Regione (scheda A regionale e schede A, B e C aziendali) (Allegato n. 1). Per la compilazione delle suddette schede le Regioni si avvarranno</p>

Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	dall'articolo 22, comma 8, del decreto legge n. 78/2009	<p>dell'applicativo web all'uopo predisposto.</p> <p><b>Modalità di verifica:</b></p> <p>Sulla base dei dati e delle informazioni trasmesse il Tavolo valuterà:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) la presenza del provvedimento regionale in cui si definiscono le sanzioni da applicare nei confronti degli amministratori che non si adeguino alla suddetta normativa;</li> <li>b) i provvedimenti regionali adottati al fine di favorire lo sviluppo del commercio elettronico e semplificare l'acquisto di beni e servizi in materia sanitaria;</li> <li>c) attraverso l'invio delle schede B di cui all'allegato 1, il rispetto dell'obbligo di adesione alle convenzioni ovvero dei rispettivi parametri di qualità-prezzo, così come previsto dalla normativa vigente, sentita Consip.</li> </ul> <p>Qualora la regione evidenzi il rispetto dei parametri di qualità-prezzo per una percentuale superiore al 70% delle schede di cui al precedente punto c), la regione è giudicata adempiente.</p> <p>Qualora si evidenzi un valore inferiore o pari a detto 70% al fine di valutare l'adempienza, la regione è tenuta a trasmettere una relazione concernente l'applicazione dei provvedimenti sanzionatori di cui al precedente punto a) e le azioni da porre in essere al fine di superare le criticità rilevate.</p>
Obblighi informativi	<p><b>c)</b> adempiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio al Sistema Informativo Sanitario dei modelli CE, SP,</li> </ul>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005). (Allegati n. 2, 2-bis )



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	CP ed LA (decreto ministeriale 16 febbraio 2001, decreto ministeriale 28 maggio 2001, decreto ministeriale 29 aprile 2003, decreto ministeriale 18 giugno 2004, decreto ministeriale 13 novembre 2007, decreto ministeriale 31 dicembre 2007); - agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel decreto ministeriale 12 dicembre 2001; - adempiere agli obblighi informativi in materia di sanità veterinaria e alimenti derivanti da normativa comunitaria	
Patto di stabilità interno	<b>d)</b> adeguarsi alle prescrizioni del patto di stabilità interno (articolo 77-ter della legge 6 agosto 2008, n. 133, introdotto dall'articolo 4, comma 4-octies, del decreto legge 25 gennaio 2010 n. 2, convertito, con modificazioni, nella legge 26 marzo 2010, n. 42).	<b>Modalità di verifica:</b>  Produzione da parte del Tavolo, sentiti gli uffici competenti, della tabella relativa al rispetto del patto di stabilità da parte di ciascuna regione.
Erogazione LEA	<b>e)</b> mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei L.E.A., (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni, articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311).	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) . (Allegati n. 2, 2-bis )
Posti letto	<b>f)</b>  adottare, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Rispetto a tali standard è compatibile una variazione che,	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<p>in ogni caso, non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2007, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica (art. 4, comma 1, lettera a) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005);</p> <p>- le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acute, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. A tale adempimento le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 31 dicembre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011.</p> <p>Rispetto a tali standard è compatibile una variazione, che non può superare il 5% in aumento fino alla definizione di una diversa misura da parte della Conferenza Stato-Regioni sulla base di un'apposita valutazione effettuata dalla Struttura tecnica di monitoraggio con il supporto dell'Agenas, in relazione a condizioni demografiche relative al peso della popolazione ultrasettantacinquenne. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2011, precisando gli obiettivi intermedi per l'anno 2010, oggetto di verifica. Restano ferme eventuali minori dotazioni programmate nelle Regioni impegnate nei piani di rientro.</p> <p>Nei medesimi standard non è compresa la quota di posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni, registrata nell'anno 2008, fino alla stipula</p>	



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<p>dell'accordo di cui al comma 4.</p> <p>Fermo restando quanto previsto dall'articolo 19, entro il 30 giugno 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni e' definito un Accordo per la fissazione dei principi di programmazione dei posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni (art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009).</p>	
<p>Appropriatezza</p>	<p><b>g)</b> adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, in attuazione del punto 4.3 dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001. La relativa verifica avviene secondo le modalità definite nell'accordo Stato-Regioni del 1° luglio 2004, atto rep. n. 2035, (articolo 52, comma 4, lettera b), della legge 27 dicembre 2002, n. 289); Allegato 1- punto 2, lettera g) dell'Intesa del 23 marzo 2005;</p>	<p>Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005). (Allegati n. 2, 2-bis )</p>
	<p><i>- si conviene che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le Regioni e le province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le province autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero (articolo 6, comma 5, dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009).</i></p>	






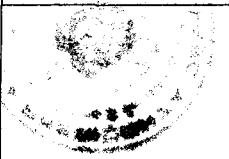
Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
Liste d'attesa	<p><b>h)</b> attuare nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa, le adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, di accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, in armonia con quanto previsto dall'accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome del 14 febbraio 2002, atto rep. n. 1387, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e gli indirizzi applicativi sulle liste di attesa. A tale fine, la flessibilità organizzativa e gli istituti contrattuali della turnazione, del lavoro straordinario e della pronta disponibilità, potranno essere utilizzati, unitamente al recupero di risorse attualmente utilizzate per finalità non prioritarie, per ampliare notevolmente l'offerta dei servizi, con diminuzione delle giornate complessive di degenza. Annualmente le regioni predispongono una relazione da presentare in sede di Conferenza Stato-Regioni, anche ai fini del successivo inoltro da inviare al Parlamento, circa l'attuazione dei presenti adempimenti e dei risultati raggiunti (<i>articolo 52, comma 4, lettera c), della legge 27 dicembre 2002, n. 289; articolo 50, comma 5, della legge 326/2003; Intesa del 28 marzo 2006 - Punto 7.2 e Punto 7.3; articolo 1, comma 280 lett. e) e comma 282, della legge n. 266/2005; Intesa del 28 ottobre 2010, recante "Piano nazionale di</i></p>	<p>Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005). (Allegati n. 2, 2-bis )</p>



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<i>governo delle liste di attesa 2010-2012, punto 7.1 lettera A e punto 7.1 lettera B; DM 8 luglio 2010, n. 135 Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380.)</i>	
Decadenza automatica Direttori Generali	<b>i)</b> adottare i provvedimenti diretti a prevedere, ai sensi dell'articolo 3, comma 2, lettera c), del decreto-legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie ed ospedaliere, nonché delle aziende ospedaliere autonome ( <i>articolo 52, comma 4, lettera d) della legge 27 dicembre 2002, n. 289</i> ).	<p><b>Documentazione regionale da produrre:</b></p> <p>Provvedimenti regionali in attuazione dell'articolo 52, comma 4, lettera d), della legge n. 289/2002.</p> <p><b>Modalità di verifica:</b></p> <p>I provvedimenti regionali dovranno contenere esplicitamente la previsione di decadenza automatica dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico da parte delle aziende sanitarie, nonché le cause di decadenza automatica dei direttori generali.</p>
Monitoraggio prescrizioni (tessera sanitaria)	<b>j)</b> attivare sul proprio territorio il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere di cui ai commi 5-bis, 5-ter e 5-quater dell'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388; la relativa verifica avviene secondo modalità definite in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (articolo 52, comma 4 lettera a), della legge 27 dicembre	<p><b>Documentazione regionale da produrre:</b></p> <p>Relazione su:</p>

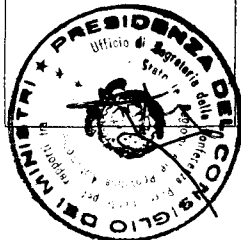


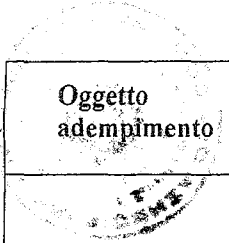
Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<p>2002, n. 289). Tale adempimento regionale si considera rispettato dall'applicazione, in rapporto allo stato di attuazione delle procedure previste, delle disposizioni dell'articolo 50 del decreto - legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326. Tale adempimento si intende rispettato anche nel caso in cui le Regioni e le Province autonome dimostrino di avere realizzato, in rapporto allo stato di attuazione delle procedure previste, direttamente nel proprio territorio sistemi di monitoraggio delle prescrizioni mediche, nonché di trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze, di copia dei dati dalle stesse acquisiti, i cui standard tecnologici e di efficienza ed effettività, verificati d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, risultino non inferiori a quelli realizzati in attuazione dell'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003 n.269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stato di attuazione del Sistema e successivo utilizzo dei dati e degli indicatori del Sistema Tessera Sanitaria (art. 50 del D.L. 269/2003, come modificato dal comma 810 della LF 2007, e art. 11 D.L. 78/2010) nel proprio territorio ai fini del monitoraggio della spesa sanitaria e della verifica dell'appropriatezza prescrittiva, anche con riferimento alle regioni autorizzate ai sensi del comma 11 dell'art. 50 del D.L. 269/2003.</li> <li>• sullo stato di attuazione delle disposizioni inerenti il controllo delle esenzioni per reddito, tramite il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, di cui all'art. 79, comma 1-sexies D.L. 112/2008 e al relativo decreto attuativo DM 11/12/2009.</li> </ul> <p><b>Modalità di verifica:</b></p> <p>La documentazione regionale sarà valutata anche in base ai riscontri tecnici risultanti presso il Ministero dell'economia e delle finanze, forniti da Sogei.</p>
<p>Tessera sanitaria</p> 	<p><b>k)</b> adottare tutti i provvedimenti, in rapporto allo stato di attuazione delle procedure previste, affinché le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e, ove autorizzati dalle Regioni, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed i policlinici universitari che consegnano i ricettari ai medici del SSN di cui al comma 2, dell' articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, in numero definito, secondo le loro necessità, comunichino immediatamente al Ministero dell'economia e delle finanze, in via telematica, il nome, il cognome, il codice fiscale dei medici ai quali è effettuata la consegna, l'indirizzo dello studio, del laboratorio ovvero l'identificativo della struttura sanitaria nei quali gli stessi operano, nonché la data della consegna e i numeri</p>	<p><b>Documentazione regionale da produrre:</b></p> <p>Provvedimenti regionali adottati in relazione alla normativa di cui all'art. 50 del D.L. 269/2003, come modificato dal comma 810 della LF 2007, e all' art. 11 del D.L. 78/2010)</p>

Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<p>progressivi regionali delle ricette consegnate. Con provvedimento dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze sono stabilite le modalità della trasmissione telematica (articolo 50, comma 4, del decreto - legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326).</p>	<p><b>Modalità di verifica:</b></p> <p>la documentazione regionale sarà valutata in base ai riscontri tecnici risultanti presso il Ministero dell'economia e delle finanze, forniti da Sogei.</p>
<p>Ripiano tetti farmaceutica</p>	<p><b>D</b> adozione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- delle misure di contenimento della spesa farmaceutica territoriale, ivi compresa la distribuzione diretta, per un ammontare pari ad almeno il 30 per cento dello sfioramento del tetto del 13,3% (<i>articolo 5, commi 1 e 4, del decreto - legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e articolo 22 comma 3, del decreto - legge 1° luglio 2009, n.78, convertito, con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n. 102</i>);</li> <li>- delle misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera o di voci equivalenti di spesa ospedaliera non farmaceutica o di altre voci del Servizio sanitario regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale in caso di sfioramento del tetto del 2,4% della spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta (<i>articolo 5, comma 5, del decreto - legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222</i>).</li> </ul>	<p><b>Modalità di verifica:</b></p> <p><u>Per la farmaceutica territoriale, ivi compresa la distribuzione diretta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i tetti sono stabiliti dal Decreto direttoriale del 28 gennaio 2010 della Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.35 del 12 febbraio 2010;</li> <li>- la stima della spesa è individuata dall'AIFA e inviata a tutte le regioni;</li> <li>- l'onere a carico di ciascuna regione è pari al 30% della differenza (qualora tale differenza risulti positiva) tra la stima della spesa come sopra individuata e i tetti fissati dal predetto Decreto direttoriale. Eventuali entrate da compartecipazione alla spesa a carico degli assistiti sono utilizzate a scomputo dell'ammontare delle misure regionali;</li> <li>- dati utilizzati per la verifica: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali</li> </ul>



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
		<p>per la spesa farmaceutica convenzionata; AIFA per la distribuzione diretta e il pay-back;</p> <p><u>Per la farmaceutica ospedaliera al netto della distribuzione diretta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i tetti sono desunti dal richiamato decreto direttoriale del 28 gennaio 2010;</li> <li>- la spesa per la farmaceutica ospedaliera al netto della distribuzione diretta è calcolata a partire dai dati CE IV trimestre 2010, somma delle voci B01010 "Prodotti farmaceutici ed emoderivati" e B01015 "Ossigeno" nettizzata della spesa farmaceutica per distribuzione diretta di fonte AIFA e dell'eventuale pay-back di fonte AIFA;</li> <li>- l'onere a carico di ciascuna regione è pari alla differenza (qualora tale differenza risulti positiva) tra la spesa farmaceutica ospedaliera nettizzata della distribuzione diretta, come individuata alla lettera b) e dell'eventuale pay-back di fonte AIFA e i tetti fissati alla lettera a);</li> </ul> <p><b>Documentazione da produrre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Provvedimenti di contenimento della spesa farmaceutica territoriale adottati dalla regione.</li> <li>- Misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera o di voci equivalenti di spesa ospedaliera non farmaceutica o di altre voci del Servizio sanitario regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. Non è tenuta al ripiano dello sfioramento del tetto del 2,4% la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo.</li> </ul> <p>La verifica sarà effettuata dal Tavolo in seduta congiunta con il Comitato</p>



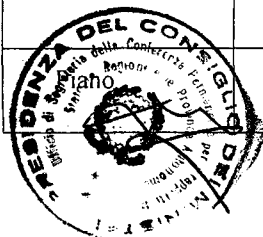
Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
		<p>permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia Italiana del Farmaco.</p>
<p>Conferimento dati al SIS</p>	<p><b>m)</b> il conferimento dei dati al SIS, nei contenuti e secondo le modalità di cui al comma 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla suddetta Intesa, sulla base dei criteri fissati dalla Cabina di Regia. Restano fermi gli adempimenti relativi agli obblighi informativi di cui ai punti precedenti (<i>art. 3, comma 6, Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005</i>); <i>DM 15 ottobre 2010 "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio e la tutela della salute mentale" (SISM)</i>; <i>DM 11 giugno 2010 "Istituzione del Sistema Informativo per le dipendenze" (SIND)</i>.</p>	<p>Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005). (Allegati n. 2, 2-bis )</p>
<p>Contabilità analitica</p>	<p><b>n)</b> adozione di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda unità sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (<i>art. 3, comma 7, Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005</i>).</p>	<p>Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )</p>



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
Confermabilità direttori generali	<p><b>O)</b> le Regioni, entro il 30 ottobre 2005, garantiscono e adottano misure specifiche dirette a prevedere che, ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore Generale alle ASL, Aziende Ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli IRCCS, il mancato rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi ricompresi nell'NSIS costituisce grave inadempienza (art. 3, comma 8, Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).</p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )
Dispositivi medici	<p><b>P)</b> il Nuovo Sistema Informativo sanitario ricomprende il flusso informativo sui dispositivi medici da definirsi con specifico accordo, da sancire in Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281; (art. 3, comma 9, Intesa stato-regioni del 23 marzo 2005 e DM 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN").</p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )
Distribuzione diretta farmaci di classe A	<p><b>Q)</b> trasmettere telematicamente al Ministero della salute il flusso informativo dei dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci (contenente informazioni relative a: primo ciclo di terapia, farmaci inseriti nel PHT e altri farmaci eventualmente oggetto di distribuzione diretta, distribuzione di farmaci "per conto"), istituito nell'ambito del NSIS, per verificare che l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza farmaceutica sia contenuto entro i tetti fissati dalla legislazione vigente (Legge 3 agosto 2009, n. 102, conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 1° luglio 2009, n. 78; art. 22: "Il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e' rideterminato in riduzione in valore assoluto di 800 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010 e in termini percentuali nella misura del 13,3 per cento a decorrere dal medesimo anno 2010.</p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
Riduzione assistenza ospedaliera erogata	<p><b>r)</b> adottare, entro il 30 settembre 2005, i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo entro l'anno 2007, il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno di norma pari al 20%, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006 oggetto di verifica (<i>art. 4, comma 1, lettera b) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005</i>).</p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )
Assistenza domiciliare e residenziale	<p><b>s)</b> assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera (<i>art. 4, comma 1, lettere c) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005</i>;</p> <p>- promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione (<i>art. 4, comma 1, lettera g) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005</i>).</p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )
Tariffe ospedaliere	<p><b>t)</b> stabilire nella definizione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, un valore soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari nei reparti di lungo degenza, oltre il quale si applica una significativa riduzione della tariffa giornaliera, fatta salva la garanzia della continuità dell'assistenza. In fase di prima applicazione fino all'adozione del relativo provvedimento regionale, il valore soglia è fissato in un massimo di 60 giorni di degenza, con una riduzione tariffaria pari ad almeno il 30% della tariffa giornaliera piena (<i>art. 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005</i>).</p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )
	<p><b>u)</b> adottare, entro il 30 giugno 2005, il Piano regionale per la</p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9





Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
nazionale della prevenzione	realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione di cui all'allegato 2 dell'Intesa 23 marzo 2005, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale ( <i>art. 4, comma 1, lettera e) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005</i> ); <i>Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008; Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009; articolo 15 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009; Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 concernente il "Piano nazionale della prevenzione per gli anni 2010-2012"; Intesa Stato-Regioni del 10/02/2011 concernente il "Documento per la valutazione dei Piani regionali della prevenzione 2010-2012"</i> .	Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )
Piano nazionale aggiornamento personale	<b>V)</b> adottare, entro il 30 luglio 2005, ed avviare entro il 30 settembre 2005, il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, da approvarsi con separata intesa entro il 30 maggio 2005 sulla base delle linee contenute nell'allegato 3 dell'Intesa 23 marzo 2005, coerentemente con il Piano sanitario nazionale. Le Regioni convengono, altresì, di destinare 50 milioni di euro per la realizzazione, nel proprio ambito territoriale, del medesimo Piano. Le Regioni si impegnano a trasmettere al centro nazionale per l'ECM, da istituirsi con la richiamata intesa, idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire al medesimo Centro di certificare l'avvenuto adempimento, ai fini di quanto previsto dall'articolo 12 dell'Intesa stato-regioni del 23 marzo 2005 ( <i>art. 4, comma 1, lettera f) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005</i> ).	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )
Implementazione percorsi diagnostici	<b>X)</b> promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero, che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione, ( <i>art.</i>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<p>4, comma 1, lettera g) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005; art. 1, comma 796, lettera m) legge 27.12.2006 n. 296,; Intesa 28 ottobre 2010 (punto 3 del PNGLA).</p>	
LEA aggiuntivi	<p><b>Y)</b> inviare al Comitato LEA di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 i provvedimenti relativi ai livelli essenziali aggiuntivi regionali e al relativo finanziamento (art. 4, comma 1, lettera h) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005);</p> <p>-inviare al Comitato LEA entro il 31 dicembre 2009, e comunque con cadenza annuale, un provvedimento ricognitivo, sottoscritto dal dirigente responsabile del procedimento, relativo alle prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dall'ordinamento vigente in materia di livelli essenziali aggiuntivi, con l'indicazione della specifica fonte di finanziamento non a carico del SSN, corredata da relazione tecnica analitica sulla congruità del finanziamento predisposto (art. 4, comma 1 lettera c) Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto della salute per gli anni 2010-2012).</p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )
Accordi successivi al DPCM 29/11/2001	<p><b>W)</b> le Regioni trasmettono al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze i provvedimenti con i quali sono stati adottati i contenuti degli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni successivamente all'entrata in vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, limitatamente agli accordi rilevanti, ai fini dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (art. 4, comma 1, lettera i) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005).</p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )
Obblighi di trasmissione provvedimenti	<p><b>Z)</b> le Regioni comunicano al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze i provvedimenti previsti dall'art. 4, comma 1 dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 (art. 4, comma</p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )

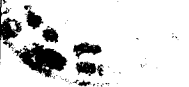


Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	2, dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005).	
Vincolo di crescita 2%	<b>aa)</b> rispetto del vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione delle aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, compresi i Policlinici universitari, e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e del servizio sanitario regionale nel suo complesso, con esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore, secondo modalità che garantiscono che, complessivamente, la loro crescita annua non sia superiore al 2%, rispetto ai dati di preconsuntivo relativi al quarto trimestre 2004, trasmessi dalle Regioni al Sistema informativo sanitario, al netto di eventuali costi del personale di competenza di esercizi precedenti (art. 5 dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005).	<p><b>Modalità di verifica:</b></p> <p>al fine della valutazione dell'avvenuto adempimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>viene presa in considerazione la voce di CE B99999, al netto delle voci B15040, B15045, B15050, B15055 – Totale costi della produzione;</li> <li>per l'anno 2004 sarà considerato il valore di consuntivo, mentre per l'anno 2010 sarà considerato il valore di IV trimestre;</li> <li>a tale valore vengono sottratti gli importi delle voci: <ul style="list-style-type: none"> <li>B05000 – Personale del ruolo sanitario</li> <li>B02435 – Indennità a personale universitario</li> <li>B06000 – Personale del ruolo professionale</li> <li>B07000 – Personale del ruolo tecnico</li> <li>B08000 – Personale del ruolo amministrativo</li> <li>B02015 – Acquisti servizi sanitari per medicina di base</li> <li>B02090 – Acquisti di servizi sanitari da medici Sumai;</li> </ul> </li> <li>vengono quindi aggiunti i valori a saldo delle voci sopravvenienze ed insussistenze attive e passive e degli accantonamenti che non si riferiscono al personale, alle convenzioni per medicina di base e al Sumai;</li> <li>tale importo sarà detto "costi di produzione al netto dei costi del personale";</li> <li>la Regione sarà giudicata adempiente se i costi di produzione al netto dei costi del personale per l'anno 2010 sono inferiori o uguali al corrispondente valore per l'anno 2004 incrementato del 2% annuo.</li> </ol> <p>In caso contrario la Regione sarà considerata adempiente solo nel caso in cui abbia comunque assicurato l'equilibrio economico.</p>
Certificazioni trimestrali di accompagnamento al conto economico	<b>ab)</b> con riferimento a quanto previsto <i>sub f)</i> dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni si impegnano a rispettare l'obbligo in capo alle stesse di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni	<p><b>Documentazione da produrre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>invio trimestrale delle certificazioni aziendali di accompagnamento del Conto Economico trimestrale, in ordine alla coerenza con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche;</li> </ul>

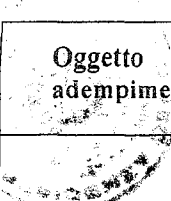


Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<p>pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, con riferimento alle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli Istituti di carattere e cura a carattere scientifico, sia in sede di preventivo annuale, che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e a rispettare l'obbligo dell'adozione di misure – compresa la disposizione per la decadenza dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico – per la riconduzione in equilibrio della gestione, ove si prospettassero situazioni di squilibrio, fermo restando quanto disposto dal comma 174 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e, ove necessario, quanto disposto dal comma 180 del medesimo articolo (art. 6, comma 1, dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005);</p> <p>provvedono alla verifica trimestrale del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della gestione, coerentemente con l'obiettivo sull'indebitamento delle Amministrazioni pubbliche, assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento. I direttori generali delle aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, compresi i Policlinici universitari, e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono tenuti a presentare per via informatica alla regione, al Ministero dell'economia e delle finanze, al Ministero della salute, ogni tre mesi, una certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale, in ordine alla coerenza con gli obiettivi sopra indicati. In caso di certificazione di non coerenza con i predetti obiettivi, i direttori generali sono tenuti contestualmente a presentare un piano, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La certificazione di non coerenza comporta automaticamente il blocco delle assunzioni del personale dell'azienda e dell'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- invio trimestrale della relazione regionale concernente la verifica del rispetto degli obiettivi economico finanziari regionali e le iniziative adottate dalla regione anche a livello aziendale per il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario in corso d'anno in coerenza con quanto previsto dall'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.</li> </ul> <p><b>Modalità di verifica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verifica dello stato di acquisizione delle certificazioni trimestrali di accompagnamento al conto economico, di cui all'articolo 6, comma 2, dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e delle iniziative regionali adottate ai sensi di quanto previsto dall'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.</li> </ul>



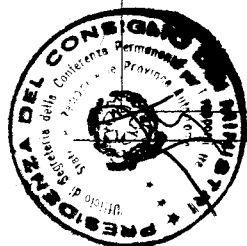
Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<p>carattere sanitario per l'esercizio in corso. Le regioni adottano tutti i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento.</p> <p><i>(art. 6, comma 2, dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005).</i></p>	
Edilizia sanitaria	<p><b>ac)</b> per le Regioni che, alla data del 1° gennaio 2005 abbiano ancora in corso di completamento il proprio programma di investimenti in attuazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1998, n. 67, e successive modificazioni, sia fissata al 15% la quota minima delle risorse residue da destinare al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, salvo la dimostrazione da parte delle regioni di aver già investito risorse per l'ammodernamento tecnologico. Le risorse residue di cui sopra sono quelle risultanti dalla differenza tra le risorse complessivamente assegnate e le risorse già finalizzate a specifici interventi, compresi in accordi di programma già sottoscritti e per i quali, al momento dell'entrata in vigore della legge n. 311 del 30 dicembre 2004, sia già avvenuta l'emanazione del decreto dirigenziale del Ministero della salute di ammissione al finanziamento, ovvero sia già stata formalmente commissionata la progettazione da parte della Regione interessata</p> <p><i>(art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005); Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008.</i></p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )
obbligo accantonamenti per personale dipendente e contratto	<p><b>ad)</b> Al fine di garantire nel settore sanitario la corretta e ordinata gestione delle risorse programmate nell'ambito del livello di finanziamento cui concorre lo Stato, di cui all'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nonché il rispetto del relativo equilibrio economico-finanziario, a decorrere dal biennio economico 2006-2007, per le regioni al cui finanziamento concorre lo Stato, nel</p>	<p style="text-align: center;"><b>PERSONALE DIPENDENTE</b></p> <p>Si riporta quanto stabilito nel verbale del 25 marzo e 6 aprile 2011 in merito al personale dipendente:  <i>"Con riferimento al personale dipendente, sulla base di quanto previsto dall'articolo 9,</i></p>



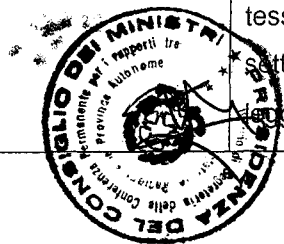
Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<p>rispetto della propria autonomia contabile, costituisce obbligo ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dalla conseguente Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, la costituzione di accantonamenti nel proprio bilancio delle somme necessarie alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale (SSN) e degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato con il SSN, nell'ambito del proprio territorio, quantificati sulla base dei parametri previsti dai documenti di finanza pubblica. Ciascuna regione dà evidenza di tale accantonamento nel modello CE riepilogativo regionale di cui al D.M. 16 febbraio 2001 del Ministro della sanità, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2001, e al D.M. 28 maggio 2001 del Ministro della sanità, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 132 del 9 giugno 2001. Qualora dai dati del monitoraggio trimestrale in sede di verifica delle certificazioni trimestrali di accompagnamento del conto economico, di cui all'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, si evidenzi il mancato o parziale accantonamento, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, segnala alla regione tale circostanza.</p> <p><i>(art. 9, comma 1, Decreto legge 30 settembre 2005 n. 203).</i></p>	<p><i>comma 17, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, "non si dà luogo, senza possibilità di recupero, alle procedure contrattuali e negoziali relative al triennio 2010-2012 del personale di cui all'articolo 2, comma 2 e articolo 3, comma 3 del decreto legislativo 20 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni. E' fatta salva l'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale nelle misure previste a decorrere dall'anno 2010 in applicazione dell'articolo 2, comma 35, della legge 22 dicembre 2008, n. 203".</i></p> <p><i>Pertanto il Tavolo considera congruo un accantonamento non inferiore a quanto previsto dall'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale<sup>1</sup> nel caso di mancata corresponsione di tale onere ai sensi di quanto previsto dall'articolo 2, comma 35, della legge 203/2008 viceversa è congruo un accantonamento parametrato a 0."</i></p> <p><sup>1</sup> <i>Gli oneri di vacanza contrattuale sono stati calcolati concedendo il 30% dell'inflazione programmatica dopo tre mesi dalla scadenza del contratto e il 50% dell'inflazione programmatica dopo sei mesi dalla scadenza del contratto. Essendo tale inflazione programmatica per l'anno 2010 pari all'1,5%, l'onere parametrato a tale indennità è pari a 0,5077%</i></p> <p><b>Modalità di verifica:</b></p> <p>la regione comunica l'avvenuta corresponsione o meno durante l'anno 2010 dell'indennità di vacanza contrattuale relativa all'anno 2010 e la sua inclusione o meno nella voce di costo relativa al personale dipendente B05089 del modello CE IV Trimestre 2010;</p> <p>a) qualora la regione comunichi l'avvenuta corresponsione di detta indennità e la conseguente inclusione della stessa nella voce B05089 l'accantonamento atteso è pari a 0;</p> <p>b) qualora la regione comunichi di non aver corrisposto la predetta indennità ovvero, pur essendo stata corrisposta, essa è ancora valorizzata tra gli accantonamenti per rinnovo per il personale dipendente, sarà verificata la congruità dell'accantonamento sulla base della percentuale dello 0,5077 secondo quanto stabilito nel verbale della riunione del 25 marzo e 6 aprile 2011.</p> <p>La regione sarà giudicata adempiente se la somma degli accantonamenti sulle</p>



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
		<p>voci B15045, B15050, B15055 relative al IV trimestre 2010 è pari o superiore all'importo scaturente dalla predetta percentuale applicata alla voce B05089 del IV trimestre 2010.</p> <p style="text-align: center;"><b>PERSONALE CONVENZIONATO</b></p> <p>Si riporta quanto stabilito nel verbale del 25 marzo e 6 aprile 2011 in merito al personale convenzionato:  <i>“Con riferimento al personale convenzionato con il SSN, sulla base di quanto previsto dall'articolo 9, comma 24, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, “le disposizioni recate dal comma 17 si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale”.  Pertanto il Tavolo considera congruo un accantonamento non inferiore a quanto previsto dall'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale<sup>2</sup>.”</i></p> <p><sup>2</sup> Si rinvia alla nota 1</p> <p><b>Modalità di verifica:</b></p> <p>la regione comunica l'avvenuta corresponsione o meno durante l'anno 2010 dell'indennità di vacanza contrattuale relativa all'anno 2010 e la sua inclusione o meno nelle voci di costo relative al personale convenzionato B02015 e B02090;</p> <p>a) qualora la regione comunichi l'avvenuta corresponsione di detta indennità e la conseguente inclusione della stessa nelle voci B02015 e B02090 l'accantonamento atteso è pari a 0;</p> <p>b) qualora la regione comunichi di non aver corrisposto la predetta indennità ovvero, pur essendo stata corrisposta, essa è ancora valorizzata tra gli accantonamenti per rinnovo per il personale convenzionato, sarà verificata la congruità dell'accantonamento sulla base della percentuale dello 0,5077 secondo quanto</p>



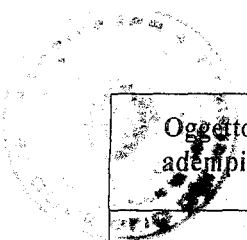
Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
		<p>stabilito nel verbale della riunione del 25 marzo e 6 aprile 2011.</p> <p>La regione sarà giudicata adempiente se l'accantonamento sulla voce B15040 relativo al IV trimestre 2010 è pari o superiore all'importo scaturente dalla predetta percentuale applicata alla somma delle voci B02015 e B02090 del IV trimestre 2010.</p>
<p>Accordi integrativi con i medici di base</p>	<p><b>ae)</b> stipulare, entro il termine perentorio del 31 marzo 2006, anche a stralcio degli accordi regionali attuativi dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale entrato in vigore il 23 marzo 2005, accordi attuativi dell'articolo 59, lettera B - Quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi ed organizzativi - comma 11, del medesimo accordo nazionale, prevedendo di subordinare l'accesso all'indennità di collaborazione informatica al riscontro del rispetto della soglia del 70 per cento della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche effettuate da parte di ciascun medico e provvedendo al medesimo riscontro mediante il supporto del sistema della tessera sanitaria di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326. Ferma restando la</p>	<p><b>Documentazione regionale da produrre:</b> provvedimenti e accordi regionali adottati.</p> <p><b>Modalità di verifica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vengono verificati gli accordi regionali, sulla base delle indicazioni normative di cui all' art. 50 del D.L. 269/2003, come modificato dal comma 810 della LF 2007, e all' art. 11 D.L. 78/2010</li> <li>- Verifica dell'utilizzo dei dati del Sistema Tessera sanitaria per il riscontro del rispetto della soglia del 70% da parte dei medici.</li> </ul>





Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<p>disposizione contenuta nel citato articolo 59, lettera B, comma 11, per la corresponsione dell'indennità forfettaria mensile, la sua erogazione, oltre il termine del 31 marzo 2006, in assenza della stipula dei previsti accordi regionali, non è imputabile sulle risorse del Servizio sanitario nazionale. La mancata stipula dei medesimi accordi regionali costituisce per le regioni inadempimento. Le disposizioni di cui alla presente lettera si applicano anche per l'attuazione del corrispondente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta (articolo 1, comma 273, legge 23 dicembre 2006, n. 266).</p>	
Esenzioni	<p><b>af)</b> adottare provvedimenti volti, nel caso in cui le medesime regioni deliberino l'erogazione di prestazioni sanitarie esenti ovvero a costo agevolato in funzione della condizione economica dell'assistito, a fare riferimento esclusivo alla situazione reddituale fiscale del nucleo familiare dell'assistito, assumendo come tale quello individuato con il D.M. 22 gennaio 1993 del Ministro della sanità, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 21 del 27 gennaio 1993</p> <p><i>(art. 1, comma 275, legge n. 266 del 23 dicembre 2005)</i></p>	<p><b>Documentazione regionale da produrre:</b></p> <p>Provvedimenti regionali adottati in attuazione dell'articolo 1, comma 275 della legge 23 dicembre 2005, n. 266.</p> <p><b>Modalità di verifica:</b></p> <p>Esame e valutazione da parte del Tavolo della documentazione regionale prodotta.</p>
Vincolo di crescita della spesa per il personale per il 2010	<p><b>ag)</b> in attuazione del comma 1, dell'articolo 12, dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 per gli Enti del Servizio sanitario nazionale occorre far riferimento, alle disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71 e 73 della legge 191/2009 che stabiliscono quanto segue:</p>	<p><b>Documentazione regionale da produrre:</b></p> <p>Al fine della verifica degli obiettivi di contenimento delle spese di personale</p>

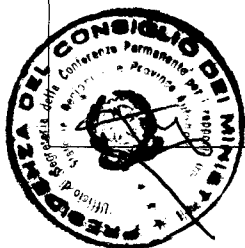





Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<ul style="list-style-type: none"> <li>fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 e successive modificazioni, per il triennio 2007-2009 gli Enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando, anche per il triennio 2010-2012, misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superino per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%. A tal fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni. Ai fini dell'applicazione delle presenti disposizioni, le spese per il personale sono considerate al netto: a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro; b) per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004. Sono comunque fatte salve, e devono essere escluse sia per l'anno 2004 sia per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell' articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni (<i>articolo 2, comma 71, della legge 191/2009</i>).</li> <li>alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti dalle disposizioni di cui ai commi 71 e 72 per gli anni 2010, 2011 e 2012, si provvede nell'ambito del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. La regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo</li> </ul>	<p>previsti dalla richiamata legge finanziaria è predisposta una rilevazione mediante la compilazione di due tabelle (tabelle 1 e 2) (allegato 3) da effettuarsi da parte di ciascuna azienda ed ente del Servizio sanitario regionale e da parte della regione per il riepilogativo regionale. Per i criteri di compilazione si fa rinvio a quanto riportato nelle allegate note di compilazione ed ai criteri (allegato 4) di cui alla circolare del MEF- Dipartimento RGS n. 9 del 17/2/2006.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la regione è giudicata adempiente accertato l'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti;</li> <li>in caso contrario la regione è considerata adempiente solo ove abbia assicurato l'equilibrio economico.</li> </ul>



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<p>conseguimento degli obiettivi previsti. In caso contrario la regione è considerata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico (<i>articolo 2, comma 72, della legge 191/2009</i>).</p> <p>Ai fini dell'applicazione, nel triennio 2010-2012, delle disposizioni recate dall' <i>articolo 17, commi da 10 a 13, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102</i>, i vincoli finanziari ivi previsti sono da intendersi riferiti, per gli enti del Servizio sanitario nazionale, alle misure di contenimento delle spese di cui ai commi 71, 72 e 73 del presente articolo (<i>articolo 2, comma 74. Della legge 191/2009</i>).</p> <p>Per le modalità di verifica del citato comma 72 si rinvia alla successiva lettera az) "attuazione articolo 12, comma 1, lettere a) e b) dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009".</p>	
Accreditament o istituzionale	<p><b>ah)</b> a decorrere dal 1° gennaio 2008, cessano i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'<u>articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724</u>, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'<u>articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</u>, e successive modificazioni (<i>articolo 1, comma 796, lettera s) della legge 27 dicembre 2006, n. 296</i>);</p> <p>- le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2010 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'<u>articolo 8-quater, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</u>, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'<u>articolo 8-quater, comma 1, del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992 (articolo 1, comma 796, lettera t) della legge 27 dicembre 2006, n. 296</u>);</p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che, a decorrere dal 1° gennaio 2008, non possano essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi dell'articolo 8-quater del <u>decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</u>, e successive modificazioni, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione, ai sensi del comma 8 del medesimo articolo 8-quater del <u>decreto legislativo n. 502 del 1992</u>. Il provvedimento di ricognizione è trasmesso al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 9 della citata intesa 23 marzo 2005. Per le regioni impegnate nei piani di rientro previsti dall'accordo di cui alla lettera b), le date del 1° gennaio 2008 di cui alla presente lettera e alla lettera s) sono anticipate al 1° luglio 2007 limitatamente alle regioni nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si sia provveduto ad adottare o ad aggiornare, adeguandoli alle esigenze di riduzione strutturale dei disavanzi, i provvedimenti di cui all'articolo 8-quinquies, <u>commi 1 e 2</u>, del citato <u>decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</u>, e successive modificazioni (<i>articolo 1, comma 796, lettera u) della legge 27 dicembre 2006, n. 296</i>);</li> <li>- <i>Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009</i>. Verifica dell'avvenuto passaggio al regime dell'accredimento Istituzionale come previsto dall'art. 1 comma 796 della Legge 296/06 Finanziaria 2007;</li> <li>- <i>Articolo 2 comma 100 della Legge n. 191/2009</i>, che stabilisce che all'articolo 1, comma 796, lettera t), della Legge 27 dicembre 2006, n. 296, le parole "1 gennaio 2010" sono sostituite dalle seguenti "1 gennaio 2011".</li> </ul>	
<p>Riorganizzazione della rete delle prestazioni sanitarie</p> 	<p><b>ak)</b> fatto salvo quanto previsto in materia di aggiornamento dei tariffari delle prestazioni sanitarie dall'articolo 1, comma 170, quarto periodo, della <u>legge 30 dicembre 2004, n. 311</u>, come modificato dalla presente lettera, a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese</p>	<p>Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )</p>

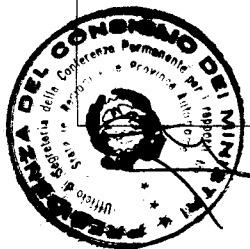
Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio	<p>per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto. Fermo restando il predetto sconto, le regioni provvedono, entro il 28 febbraio 2007, ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate. All'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, sentite le società scientifiche e le associazioni di categoria interessate» (articolo 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296).</p>	
Sperimentazioni gestionali	<p><b>aj)</b> le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari regionali, copia dei programmi di sperimentazione aventi ad oggetto i nuovi modelli gestionali adottati sulla base dell'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ovvero sulla base della normativa regionale o provinciale disciplinante la materia. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono annualmente ai predetti Ministeri, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari regionali, una relazione sui risultati conseguiti con la sperimentazione, sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi (articolo 3, comma 7 del decreto legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito con modificazioni nella legge</p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) (Allegati n. 2, 2-bis )



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	16 novembre 2001 n. 405).	
Attività libero professionale intramuraria	<p><b>ai)</b></p> <p>la norma dispone che ogni azienda sanitaria locale, ospedaliera o universitaria deve predisporre un piano aziendale – con riferimento alle singole unità operative- sui volumi di attività istituzionali e attività libero-professionale intramuraria con particolare riguardo anche alle condizioni di esercizio di tale attività, nonché dei criteri che regolano l'erogazione di tali prestazioni e priorità di accesso.</p> <p>Termine di presentazione: 4 mesi dalla data di entrata in vigore della legge.</p> <p>Scadenza 7.12.2007 da parte delle Aziende. 7.02.2008 approvazione dalle Regioni e trasmissione al Ministero della salute.</p> <p>Decorsi 60 giorni da tale data in caso di silenzio assenso i piani si intendono operativi.</p> <p>Ogni Regione, ai sensi del comma 8, deve trasmettere al Ministero della Salute una relazione trimestrale sull'attuazione dei commi 1,2,4,5,6,7., e sull'avvenuta adozione da parte aziendale dei singoli Piani (<i>articolo 1, commi 5, 6, 7, 8 della Legge 3 agosto 2007 n. 120</i>).</p>	<p><b>CON SENTENZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE N. 371 DEL 05.11.2008 E' STATA DICHIARATA L'ILLEGITTIMITA' COSTITUZIONALE DELL'ART. 1 COMMA 7 DELLA LEGGE 3.08.2007 N. 120 SPECIFICAMENTE NELLA PARTE RELATIVA SECONDO CUI IN CASO DI MANCATO ADEMPIMENTO DEGLI OBBLIGHI A CARICO DELLE REGIONI PREVISTO DAL MEDESIMO ARTICOLO SI PREVEDE LA PRECLUSIONE ALL'ACCESSO AI FINANZIAMENTI INTEGRATIVI A CARICO DELLO STATO</b></p>
Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	<p><b>al)</b></p> <p>D.P.C.M. 17 dicembre 2007 Esecuzione dell'accordo del 1° agosto 2007, recante: "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro".</p>	<p>Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Allegati n. 2, 2-bis )</p>



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
Controllo cartelle cliniche	<p><b>am)</b> Controllare le cartelle cliniche ai fini della verifica della qualità dell'assistenza secondo criteri di appropriatezza (<i>articolo 79 comma 1 septies legge 6 agosto 2008 n. 133</i>):</p> <p>All'art. 88 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, il comma 2 e' sostituito dal seguente: «2. Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inapproprietezza individuate dalle regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze».</p> <p>- <i>art. 1 comma 1 Decreto Ministeriale del 10 dicembre 2009</i>: in attuazione dell'art. 79, comma 1-septies, del Decreto Legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2008, n. 133, il presente Decreto</p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Allegati n. 2, 2-bis )

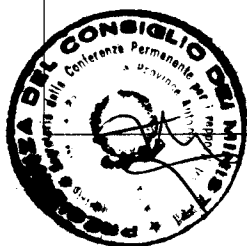


Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<p>definisce i parametri mediante i quali le Regioni individuano le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza per le quali effettuare i controlli sulla totalita' delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera.</p>	
Assistenza protesica	<p><b>an)</b> Verificare la spesa per l'erogazione dell'assistenza protesica. Nell'anno 2008, a livello nazionale e in ogni singola regione, la spesa per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica relativa ai dispositivi su misura di cui all'elenco 1 allegato al regolamento di cui al Decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332, non può superare il livello di spesa registrato nell'anno 2007 incrementato del tasso di inflazione programmata. Al fine di omogeneizzare sul territorio nazionale la remunerazione delle medesime prestazioni, gli importi delle relative tariffe, fissate quali tariffe massime dall'art. 4 del Decreto del Ministro della salute 12 settembre 2006, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 289 del 13 dicembre 2006, sono incrementati del 9 per cento (<i>Art. 2 comma 380 legge 24 dicembre 2007 n. 244</i>).</p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Allegati n. 2, 2-bis )
Assistenza palliativa	<p><b>ao)</b></p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9





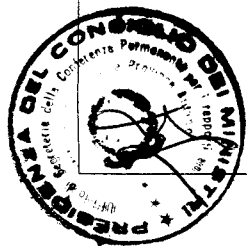
Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In attuazione dell'<i>art.3 comma 2 della Legge n. 38/2010</i> "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" sono state approvate il 16 dicembre 2010 dalla Conferenza Stato-Regioni le "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali";</li> <li>- <i>Decreto 22 febbraio 2007, n. 43 "Regolamento recante: definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'art. 1 comma 169 della L. 30 dicembre 2004 n. 311"</i>;</li> <li>- <i>Accordo del 28 ottobre 2010 tra Stato e Regioni</i> sulla ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale-Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38.</li> </ul>	Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Allegati n. 2, 2-bis )
Sanità penitenziaria	<p><b>ap)</b> Assistenza sanitaria alle persone detenute o internate secondo quanto previsto dal <i>DPCM 1 aprile 2008</i> " Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".</p> <p>Accordo del 26 novembre 2009 concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008.</p>	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Allegati n. 2, 2-bis )



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
Erogazione prestazioni termali	<p><b>aq)</b> Intesa Stato-Regioni del 29 ottobre 2009 ai sensi dell'articolo della legge 24 ottobre 200 n. 323 sull'Accordo tra le Regioni, le Province Autonome di Trento e di Bolzano e la Federterme per l'erogazione delle prestazioni termali per il biennio 2008-2009.</p>	<p>Il Documento adempimenti –anno 2009, allegato 2, pag 58 aveva previsto “l’inoltro al Ministero della salute entro il 30.09.2009, in relazione all'anno 2008, di un provvedimento ricognitivo relativo alla copertura della spesa delle prestazioni termali, sottoscritto dal dirigente responsabile del procedimento, con indicazione della specifica fonte del finanziamento, non a carico del SSN, corredata da relazione tecnica analitica sulla congruità del finanziamento predisposto (Intesa Stato-Regioni, art. 4, comma 4, legge 24.10.2000 n. 323).”</p> <p>Qualora la regione non avesse fornito, in occasione della verifica adempimenti per l'anno 2009, anche la documentazione attestante i costi relativi all'anno 2009 e i relativi provvedimenti riportanti l'indicazione della specifica fonte del finanziamento, non a carico del SSN corredata da relazione tecnica analitica sulla congruità del finanziamento predisposto la stessa è tenuta a produrla al Comitato permanente per la verifica dei LEA per la relativa valutazione.</p>
Consumi ospedalieri dei medicinali	<p><b>ar)</b> trasmettere telematicamente al Ministero della salute il flusso informativo dei dati relativi ai consumi dei medicinali in ambito ospedaliero o ambulatoriale destinati alla somministrazione interna, ai sensi del <i>DM 4 febbraio 2009 “Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei medicinali in ambito ospedaliero”</i></p>	<p>Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Allegati n. 2, 2-bis )</p>



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
Rischio clinico e sicurezza dei pazienti	<p><b>as)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Intesa Stato Regioni 20 marzo 2008 punto 2: le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ... si impegnano a promuovere, presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture sanitarie private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell'ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali ... i singoli eventi avversi ed i dati elaborati saranno trattati in forma completamente anonima e confidenziale per le finalità prioritaria di analisi degli stessi e saranno trasmessi al sistema informativo sanitario attraverso uno specifico flusso (SIMES)</li> <li>— Decreto 11 dicembre 2009, Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES).</li> </ul>	<p>Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Allegati n. 2, 2-bis )</p>
Valutazione straordinaria delle procedure amministrativo contabili	<p><b>at)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009.</li> <li>- Decreto Ministeriale 18 gennaio 2011 "Valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende ospedaliero-universitarie, ivi compresi i policlinici</li> </ul>	<p>L'articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 prevede l'impegno da parte delle regioni a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili. Tale procedura costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN.</p> <p>In attuazione del suddetto articolo è stato adottato il D.M. 18 gennaio 2011 "Valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili</p>



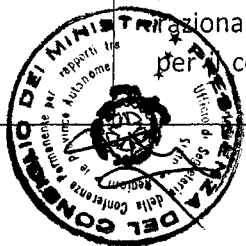
Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	universitari"	<p>necessarie ai fini della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende ospedaliero-universitarie, ivi compresi i policlinici universitari" che all'articolo 1, comma 3, prevede che le risultanze della valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili siano esaminate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entro il 31 marzo 2011 congiuntamente dal Tavolo tecnico e dal Comitato LEA per le regioni sottoposte ai Piani di rientro;</li> <li>- entro il 31 luglio 2011, dal Tavolo tecnico per le altre regioni non sottoposte ai Piani di rientro.</li> </ul> <p><b>Documentazione regionale da produrre:</b></p> <p>Al fine di dare esecuzione a quanto previsto la regione trasmette la documentazione concernente la valutazione straordinaria prevista ai sensi di quanto disposto dal DM 18 gennaio 2011.</p> <p><b>Modalità di verifica:</b></p> <p>il Tavolo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) acquisisce l'informazione regionale sulla valutazione straordinaria prevista e segnala eventuali ritardi o trasmissioni incomplete della stessa;</li> <li>b) valuta la documentazione trasmessa dalla regione non sottoposta al piano di rientro;</li> <li>c) valuta congiuntamente con il Comitato LEA la documentazione trasmessa dalla regione sottoposta al piano di rientro.</li> </ul>



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
		<p>La regione è giudicata adempiente qualora abbia inviato la prevista documentazione e la stessa sia completa negli elementi richiesti.</p> <p>Il Tavolo per le regioni non sottoposte al Piano di rientro e lo stesso, congiuntamente con il Comitato LEA, per le regioni sottoposte al piano di rientro formula raccomandazioni a partire dalla documentazione inviata.</p>
Sistema CUP	<b>au)</b> Recepimento delle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Allegati n. 2, 2-bis )
Trasmissione dati di assistenza in emergenza urgenza NSIS-EMUR	<b>av)</b> trasmettere telematicamente al Ministero della salute il flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza in emergenza urgenza (DM 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza")	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Allegati n. 2, 2-bis )
Trasmissione dati di assistenza in emergenza urgenza NSIS-EMUR	<b>aw)</b> trasmettere telematicamente al Ministero della salute il	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
assistenza domiciliare NSIS-SIAD	flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza domiciliare (DM 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare").	Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Allegati n. 2, 2-bis )
Trasmissione dati di assistenza residenziale e semiresidenza le NSIS-FAR	<b>ax)</b> trasmettere telematicamente al Ministero della salute il flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (DM 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali")	Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Allegati n. 2, 2-bis )
Attuazione articolo 12, comma 1, lettere a) e b) dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009	<b>az)</b> Al fine di dare attuazione a quanto previsto all'articolo 12, comma 1, lettere a) e b) dell'Intesa del 3 dicembre 2009:  Gli Enti del Servizio sanitario nazionale, nell'ambito degli indirizzi fissati dalle regioni, anche in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della	<b>Documentazione regionale da produrre:</b>  Limitatamente all'anno 2010 le regioni sono tenute ad inviare un'apposita relazione che illustri sinteticamente gli indirizzi regionali impartiti in merito agli adempimenti di cui alla lettera a) del comma 72 ed i relativi provvedimenti aziendali attuativi, evidenziando altresì l'entità della riduzione della spesa complessiva di personale effettivamente conseguita rispetto all'anno 2009 con



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<p>spesa previsti dal medesimo comma:</p> <p>a) predispongono un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato, che presta servizio con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni, finalizzato alla riduzione della spesa complessiva per il personale, con conseguente ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa per la cui costituzione fanno riferimento anche alle disposizioni recate dall' articolo 1, commi 189, 191 e 194, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e successive modificazioni;</p> <p>b) fissano parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente, delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi del presente comma (<i>articolo 2, comma 72, della legge 191/2009</i>).</p> <p>Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti dalle disposizioni di cui ai commi 71 e 72 per gli anni 2010, 2011 e 2012, si provvede nell'ambito del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo</p>	<p>indicazione specifica di quella riguardante i fondi per la contrattazione integrativa.</p> <p><b>Modalità di verifica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la regione è giudicata adempiente se, sulla base della relazione prodotta, risultano adottati gli indirizzi regionali e i conseguenti programmi annuali aziendali per l'anno 2010 che permettono l'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti ;in caso contrario la regione è giudicata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico.</li> </ul>



Oggetto adempimento	Normativa di riferimento	Documentazione da produrre
	<p>12 dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005. La regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti. In caso contrario la regione è considerata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico (<i>articolo 2, comma 73, della legge 191/2009</i>).</p> <p>Ai fini dell'applicazione, nel triennio 2010-2012, delle disposizioni recate dall' <i>articolo 17, commi da 10 a 13, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102</i>, i vincoli finanziari ivi previsti sono da intendersi riferiti, per gli enti del Servizio sanitario nazionale, alle misure di contenimento delle spese di cui ai commi 71, 72 e 73 del presente articolo (<i>articolo 2, comma 74. Della legge 191/2009</i>).</p>	
<p>Certificazione in merito al blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie</p>	<p><b>aaa)</b> adempimenti conseguenti all'attuazione dell'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 e s.m.i in materia di certificazione del blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie.</p>	<p>Secondo quanto disposto dall'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 e s.m.i la regione nella quale si applica il blocco automatico del turn over del personale in servizio fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello di riferimento, il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo, in sede di verifica annuale degli adempimenti, è tenuta ad inviare una certificazione sottoscritta dal rappresentate legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario attestante il rispetto dei predetti vincoli.</p>

