



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

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

**RACCOLTA DELLA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA
VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI RELATIVI ALL'ANNO 2016**

REGIONE _____

INDICE

C) OBBLIGHI INFORMATIVI.....	3
E) MANTENIMENTO EROGAZIONE DEI LEA	14
F) ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	17
G) APPROPRIATEZZA	19
H) LISTE D'ATTESA.....	20
L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA.....	22
N) CONTABILITA' ANALITICA	24
S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE.....	25
U) PREVENZIONE.....	28
V) PIANO NAZIONALE AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO.....	29
W) ACCORDI SUCCESSIVI AL DPCM 29/11/2001.....	30
X) IMPLEMENTAZIONE PERCORSI DIAGNOSTICO - TERAPEUTICI.....	31
Y) LEA AGGIUNTIVI.....	32
AH) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	33
AK) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE EROGANTI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	35
AM) CONTROLLO CARTELLE CLINICHE.....	37
AO) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	38
AP) SANITA' PENITENZIARIA.....	40
AS) RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI.....	42
AT) PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI DEGLI ENTI DEL SSN	44
AU) SISTEMA CUP	45
AAD) SISTEMA FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE).....	46
AAE) ATTIVITA' TRASFUSIONALE.....	47
AAF) PERCORSO NASCITA	48
AAH) CURE PRIMARIE.....	49
AAJ) PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA.....	50
AAM) STANDARD PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE DEL SSN EX ART. 12, COMMA 1, LETT. B), PATTO PER LA SALUTE 2010-2012	53
AAO) LINEE DI INDIRIZZO PER LA TELEMEDICINA	54
AAQ) OBIETTIVI DIRETTORI GENERALI.....	55

PREMESSA

In questo documento, predisposto in attuazione di quanto previsto dall'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, vengono riportati gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento per l'anno 2016, riferiti agli articoli: 1, Allegato 1- punto 2 - lettere c), e), f), g) e h), 3 , 4 e 10.

Agli adempimenti sopra citati si aggiungono tutti quelli fissati da Leggi successive, Accordi e Intese in Conferenza Stato-Regioni e altri atti di programmazione sanitaria specificatamente elencati nelle pagine seguenti, nei rispettivi punti.

La certificazione al Tavolo tecnico degli adempimenti, di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, è affidata alla responsabilità del Comitato LEA.

Il presente Questionario contiene le informazioni necessarie per la verifica degli adempimenti ai quali sono tenute le Regioni secondo la normativa vigente; gli adempimenti vengono, così come indicato nella stessa Intesa, contraddistinti da lettere dell'alfabeto.

Le Regioni sono tenute a trasmettere il Questionario debitamente compilato e la documentazione allegata, entro il 30 maggio 2017.

1. Adempimenti oggetto della certificazione

Per ogni adempimento si riportano:

- la relativa fonte di riferimento;
- le informazioni che sono richieste alle Regioni, sotto forma di quesiti, al fine di contribuire a chiarire gli elementi che concorrono alla formazione degli adempimenti oggetto specifico della verifica;
- eventuali informazioni necessarie per la certificazione oggetto di compilazione del Ministero della salute
- l'indicazione della documentazione probante da inviare al Comitato;
- istruzioni specifiche, contenute in un documento allegato di Note per la compilazione del Questionario, che riporta anche i criteri utilizzati ai fini della certificazione.

2. Note per la compilazione della documentazione da trasmettere

Le Note per la compilazione, allegate al Questionario, contengono, per i singoli adempimenti, le modalità con le quali le singole Regioni dovranno provvedere a fornire le informazioni richieste.

La documentazione dovrà avere come riferimento fonti ufficiali informative o documentali, che vengono specificate nei singoli adempimenti.

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

C.1) OBBLIGHI INFORMATIVI ECONOMICI

- adempiere agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio al Sistema Informativo Sanitario dei modelli CE, SP, CP ed LA (D.M. 16 febbraio 2001, D.M. 28 maggio 2001, D.M. 29 aprile 2003, D.M. 18 giugno 2004 Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005; D.M. 13 novembre 2007 e D.M. 15 giugno 2012).

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Saranno oggetto della verifica i modelli economici di seguito elencati relativi alle Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, IRCCS pubblici, anche trasformati in Fondazioni, Aziende Ospedaliere Universitarie (Decreto 23 ottobre 2006), spesa “accentrata regionale” (modello ‘000’) e “riepilogativo regionale” (modello ‘999’) in base al D.M. 13 novembre 2007 e D.M. 15 giugno 2012.

Compilazione a cura del Ministero

<i>Modello</i>	<i>% copertura</i>
<u>CE consuntivo 2015</u>	
<u>CE preventivo 2016</u>	
<u>CE I trimestre 2016</u>	
<u>CE II trimestre 2016</u>	
<u>CE III trimestre 2016</u>	
<u>CE IV trimestre 2016</u>	
<u>CE consuntivo 2016 (a partire dal 30 giugno 2017)</u>	
<u>SP consuntivo 2015</u>	
<u>SP consuntivo 2016 (a partire dal 30 giugno 2017)</u>	
<u>CP consuntivo 2015</u>	
<u>CP consuntivo 2016 (a partire dal 31 maggio 2017)</u>	
<u>LA consuntivo 2015</u>	
<u>LA consuntivo 2016 (a partire dal 30 giugno 2017)</u>	

C.1.1 La Regione deve compilare in maniera completa, nel formato Excel allegato al Questionario, gli Allegati 5 e 6 del modello LA, di cui si riporta di seguito il facsimile.

Riconduzione delle voci dell'allegato 5 ai singoli livelli del modello LA.

Codice voce	Macrovoce economiche	A5001	A5002	A5003	A5004	A5005	A5006	A5007	A5108	A5109	A5110	A5111	A5112	A5113	A5114	A5115	A5199
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro																
10100	Igiene e sanità pubblica																
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione																
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro																
10400	Sanità pubblica veterinaria																
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone																
10600	Servizio medico legale																
19999	Totale																
	Assistenza distrettuale																
20100	Guardia medica																
20200	Medicina generale																
20201	-- Medicina generica																
20202	-- Pediatria di libera scelta																
20300	Emergenza sanitaria territoriale																
20400	Assistenza farmaceutica																
20401	-- Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate																
20402	-- Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica																
20500	Assistenza Integrativa																
20600	Assistenza specialistica																
20601	-- Attività clinica																
20602	-- Attività di laboratorio																
20603	-- Attività di diagnostica strumentale e per immagini																
20700	Assistenza Protesica																
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare																
20801	-- Assistenza programmata a domicilio (ADI)																
20802	-- Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)																
20803	-- Assistenza psichiatrica																
20804	-- Assistenza riabilitativa ai disabili																
20805	-- Assistenza ai tossicodipendenti																
20806	-- Assistenza agli anziani																
20807	-- Assistenza ai malati terminali																
20808	-- Assistenza a persone affette da HIV																
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale																
20901	-- Assistenza psichiatrica																
20902	-- Assistenza riabilitativa ai disabili																
20903	-- Assistenza ai tossicodipendenti																
20904	-- Assistenza agli anziani																
20905	-- Assistenza a persone affette da HIV																
20906	-- Assistenza ai malati terminali																
21000	Assistenza territoriale residenziale																
21001	-- Assistenza psichiatrica																
21002	-- Assistenza riabilitativa ai disabili																
21003	-- Assistenza ai tossicodipendenti																
21004	-- Assistenza agli anziani																
21005	-- Assistenza a persone affette da HIV																
21006	-- Assistenza ai malati terminali																
21100	Assistenza Idrotermale																
29999	Totale																
	Assistenza ospedaliera																
30100	Attività di pronto soccorso																
30200	Ass. ospedaliera per acuti																
30201	-- in Day Hospital e Day Surgery																
30202	-- in degenza ordinaria																
30300	Interventi ospedalieri a domicilio																
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti																
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione																
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali																
30700	Trapianto organi e tessuti																
39999	Totale																
49999	TOTALE																

Riconduzione delle voci dell'allegato 6 ai singoli livelli del modello LA.

Codice Voce	Macrovoce economiche	A6001	A6002	A6003
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro			
10100	Igiene e sanità pubblica			
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione			
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro			
10400	Sanità pubblica veterinaria			
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone			
10600	Servizio medico legale			
19999	Totale			
	Assistenza distrettuale			
20100	Guardia medica			
20200	Medicina generale			
20201	-- Medicina generica			
20202	-- Pediatria di libera scelta			
20300	Emergenza sanitaria territoriale			
20400	Assistenza farmaceutica			
20401	-- Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate			
20402	-- Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica			
20500	Assistenza Integrativa			
20600	Assistenza specialistica			
20601	-- Attività clinica			
20602	-- Attività di laboratorio			
20603	-- Attività di diagnostica strumentale e per immagini			
20700	Assistenza Protesica			
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare			
20801	-- assistenza programmata a domicilio (ADI)			
20802	-- assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)			
20803	-- Assistenza psichiatrica			
20804	-- Assistenza riabilitativa ai disabili			
20805	-- Assistenza ai tossicodipendenti			
20806	-- Assistenza agli anziani			
20807	-- Assistenza ai malati terminali			
20808	-- Assistenza a persone affette da HIV			
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale			
20901	-- Assistenza psichiatrica			
20902	-- Assistenza riabilitativa ai disabili			
20903	-- Assistenza ai tossicodipendenti			
20904	-- Assistenza agli anziani			
20905	-- Assistenza a persone affette da HIV			
20906	-- Assistenza ai malati terminali			
21000	Assistenza territoriale residenziale			
21001	-- Assistenza psichiatrica			
21002	-- Assistenza riabilitativa ai disabili			
21003	-- Assistenza ai tossicodipendenti			
21004	-- Assistenza agli anziani			
21005	-- Assistenza a persone affette da HIV			
21006	-- Assistenza ai malati terminali			
21100	Assistenza Idrotermale			
29999	Totale			
	Assistenza ospedaliera			
30100	Attività di pronto soccorso			
30200	Ass. ospedaliera per acuti			
30201	-- in Day Hospital e Day Surgery			

30202	-- in degenza ordinaria			
30300	Interventi ospedalieri a domicilio			
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti			
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione			
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali			
30700	Trapianto organi e tessuti			
39999	Totale			
49999	TOTALE			

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI - COMPLETEZZA

- adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001 (*Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005*).

Nome referente regionale _____ Telefono _____ E-mail _____
--

Sarà oggetto della verifica la completezza dei flussi informativi necessari ai fini dell'elaborazione degli indicatori utili per il monitoraggio dei livelli di assistenza.

Compilazione a cura del Ministero

C.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

- adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001 (*Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005*).

Nome referente regionale _____ Telefono _____ E-mail _____
--

Sarà oggetto della verifica la qualità dei flussi informativi necessari ai fini delle elaborazioni per il monitoraggio dei livelli di assistenza.

Compilazione a cura del Ministero

Fonti informative oggetto della verifica di completezza e di qualità:

- Rilevazione CEDAP (D.M. 16 luglio 2001, n. 349 Regolamento recante "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni")
- Mod. FLS 11 - Dati di struttura e di organizzazione della unità sanitaria locale (D.M. 23.12.1996 recante "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" e s.m.i.)
- FLS 12 - Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria (D.M. 23.12.1996 recante "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" e s.m.i.)
- HSP11/12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (D.M. 23.12.1996 recante "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" e s.m.i.)

- HSP11/13 - Posti letto per disciplina delle case di cura private (D.M. 23.12.1996 recante “Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere” e s.m.i.)
- HSP.14 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero (D.M. 23.12.1996 recante “Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere” e s.m.i.)
- FLS.21 - Attività di assistenza sanitaria di base (D.M. 23.12.1996 recante “Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere” e s.m.i.)
- Tabella 1C.bis - Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private accreditate e non accreditate (D.M. 29.01.2013 con il quale il modello di rilevazione HSP.16, di cui al decreto del Ministro della sanità 23 dicembre 1996 e s.m.i., è stato sostituito dalla Tabella 1C bis, la cui rilevazione è effettuata attraverso il Sistema Conoscitivo del personale dipendente delle amministrazioni pubbliche – SICO, secondo le modalità e i termini di invio stabiliti nella Circolare al Conto Annuale, adottata annualmente dal Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, ai sensi del Titolo V del decreto legislativo 30 marzo 2001 n.165)
- RIA.11 - Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 l. 833.78 (D.M. 23.12.1996 recante “Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere” e s.m.i.)
- STS.14 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere (D.M. 23.12.1996 recante “Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere” e s.m.i.)
- STS 21 - Assistenza specialistica territoriale (D.M. 23.12.1996 recante “Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere” e s.m.i.)
- STS 24 - Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale (D.M. 23.12.1996 recante “Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere” e s.m.i.)
- HSP 24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi (D.M. 23.12.1996 recante “Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere” e s.m.i.)
- DATI SDO
- Dati SDO - compilazione nuovi campi (D.M. 135 del 8.07.2010)
- Screening oncologici.

C.4) INCROCIO TRA FONTI INFORMATIVE

- Art. 50 del DL 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i..

Nome referente regionale _____
Telefono _____ E-mail _____

Incrocio tra fonti informative: Conto Economico versus EMUR e articolo 50 del DL 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i.

Compilazione a cura del Ministero, ai soli fini informativi, secondo le modalità riportate nelle Note per la compilazione.

C.5) MONITORAGGIO EX POST DELLE PRESTAZIONI INCLUSE NEL FLUSSO INFORMATIVO EX ARTICOLO 50 DELLA LEGGE 326/2003

- *Articolo 50, comma 5 della legge 326/2003*, attraverso il decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo del 2008, ha previsto la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa in coerenza con quanto previsto dal punto e) dell'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;
- *Intesa del 28 marzo 2006*, recante "Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa 2006-2008" – Punto 7.2. Monitoraggio specifico;
- *Intesa del 28 ottobre 2010*, recante "Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012" Lettera F
 - Punto 2: Monitoraggio ex post, attraverso il flusso informativo ex art. 50, comma 5, della legge 326/2003 così come modificato dal decreto del Ministro dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008 e s.m.i.. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni e modalità indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12;

Nome referente regionale _____

Telefono _____ E-mail _____

Si procederà all'esame degli specifici dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 e pervenuti al Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, così come indicato nelle Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010), revisionate anche nell'ampliamento delle prestazioni traccianti.

Compilazione a cura del Ministero

C.6) DISPOSITIVI MEDICI

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale").
- *DM 25 novembre 2013*: Ampliamento del nucleo di informazioni essenziali relative ai contratti di dispositivi medici previsto dall'articolo 6, comma 2, del decreto 11 giugno 2010, recante «Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale».

Nome referente regionale _____

Telefono _____ E-mail _____

Verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici (DM 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale" e DM 25 novembre 2013 "Ampliamento del nucleo di informazioni essenziali relative ai contratti di dispositivi medici previsto dall'articolo 6, comma 2, del decreto 11 giugno 2010, recante «Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale»"), effettuata dal Ministero della salute per l'anno 2016.

Compilazione a cura del Ministero

C.7) SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE NSIS – SIAD

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza domiciliare (DM 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare");
- DM 6 agosto 2012 "modifiche al DM 17 dicembre 2008 recante "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare".

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

La valutazione ad opera della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, tiene conto dei dati relativi all'assistenza domiciliare nel NSIS in termini di disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo relativamente all'anno 2016.

C.8) SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE NSIS - FAR

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del 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").

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

La valutazione ad opera della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica tiene conto dei dati relativi all'assistenza residenziale e semiresidenziale nel NSIS in termini di disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo relativamente all'anno 2016.

C.9) SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA EROGATA PRESSO GLI HOSPICE (HOSPICE)

- verifica della disponibilità e completezza dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice").

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

La valutazione, ad opera della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, tiene conto della disponibilità e completezza dell'acquisizione nel NSIS del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice per l'anno 2016.

C.10) SISTEMA INFORMATIVO PER SALUTE MENTALE NSIS-SISM

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi alla assistenza per salute mentale (*DM 15 ottobre 2010 "Istituzione del Sistema informativo per la salute mentale"*).

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

La valutazione ad opera della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica tiene conto dei dati relativi all'assistenza per la salute mentale nel NSIS in termini di disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo relativamente all'anno 2016.

C.11) SISTEMA INFORMATIVO PER LA DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI NSIS-SIND

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti (*DM 11 giugno 2010 "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze"*).

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

La valutazione, ad opera della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, tiene conto dei dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti nel NSIS in termini di disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo relativamente all'anno 2016.

C.12) SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA IN EMERGENZA-URGENZA NSIS-EMUR

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del 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"*).

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

La valutazione, ad opera della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, tiene conto dei dati relativi all'emergenza-urgenza presenti nel NSIS in termini di disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo relativamente all'anno 2016.

C.13) COPERTURA E QUALITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI COMUNITARI E NAZIONALI IN TEMA DI SANITÀ VETERINARIA E ALIMENTI

- monitoraggio dell'erogazione dei programmi e delle attività previste come livello essenziale di assistenza (LEA) derivanti da normativa comunitaria e nazionale. Base informativa per la riprogrammazione nazionale e regionale e strumenti di monitoraggio dello stato di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli Ufficiali (PNI) e correlati Piani Regionali Integrati (*Regolamento CE 178/2002* che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare; *Regolamento CE 882/2004* relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali).

Nome referente regionale _____

Telefono _____ E-mail _____

Compilazione a cura del Ministero

Rilevazioni

- PIANI DI RISANAMENTO - Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB Regolamento UE 652/2014; Decisione di esecuzione 2014/288/UE; istruzioni ministeriali.
- PNAA - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale; D.L.vo 90/93; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005
- TRACCIABILITÀ DELLA FILIERA DELL'ACQUACOLTURA - ANAGRAFE - decreto legislativo 4 agosto 2008, n.148; DM 8 luglio 2010 "Disposizioni per la gestione dell'anagrafe delle imprese di acquacoltura"
- BENESSERE TRASPORTO – Regolamento CE 1/2005 Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.
- BENESSERE IN ALLEVAMENTO - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs 146/2001 - D.Lgs 267/03 - Dec. 778/2006/CE - D.lgs 181/10 - D.M. 4 febbraio 2013, D.Lgs 122/11, D.Lgs 126/11, Piano Nazionale Benessere Animale 2008 e s.m.i. (note prot. 16031-P-4/8/2008 e 16287-19/06/2015). Istruzioni ministeriali.
- ANAGRAFE CANINA - Rilevazione delle popolazioni di cani e gatti randagi e di proprietà. Art. 8 della Legge 14/08/1991, n. 281 - Accordo Stato-Regioni del 06/02/2003 art. 4 comma 1 lett. b) e c); Decreto interministeriale 06/05/2008 - Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2013
- FARMACOSORVEGLIANZA: Attività di ispezione e verifica. Trasmissione al Ministero della Salute della relazione delle attività di cui al comma 3 dell'art.88 del D.Lgs 6 aprile 2006, n.193. Nota DGSAF n. 1466 del 26/01/2012 "linee guida per la predisposizione, effettuazione e gestione dei controlli sulla distribuzione e l'impiego dei medicinali veterinari"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013
- SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; DM 13/11/13 in materia di funzionamento dell'anagrafe avicola; istruzioni ministeriali.
- TSE Reg.999/2001; Decisione di esecuzione 2014/288/UE, che stabilisce requisiti uniformi per la notifica dei programmi di eradicazione e di controllo delle malattie animali cofinanziati dalla Comunità.
- ANAGRAFE OVICAPRINA - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende oviceprine
- TRACCIABILITÀ DELLA FILIERA SUINA - anagrafe: D.lgs 26/10/2010 n. 200 che stabilisce modalità di identificazione e registrazione suini;
- TRACCIABILITÀ DELLA FILIERA APISTICA: D.M.4 dicembre 2009, D.M. 11 agosto 2014 "Approvazione del manuale operativo per la gestione dell'anagrafe apistica nazionale"
- CLASSIFICAZIONE DELLE AREE PER LA PRODUZIONE DI MOLLUSCHI BIVALVI VIVI - Sistema Informativo Nazionale SINVSA; Reg. 854/2004, Allegato II, capo II; Nota DGISAN n. 15897 del 18/04/2014
- ALIMENTI IRRADIATI - Piano nazionale di controllo ufficiale sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti - 2015-2018 (nota DGISAN n. 4167-P-10/02/2015) -DLgs 30/1/2001 n. 94

- OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003 relativi agli alimenti e ai mangimi geneticamente modificati. Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti - anni 2015-2018
- AUDIT SU STABILIMENTI - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004
- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006
- ADDITIVI ALIMENTARI- Piano nazionale riguardante il controllo ufficiale degli additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari - anno 2015-2018 (nota DGISAN n. 4166 -P-10/02/2015) - Reg. CE 1333/2008
- FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale; Reg. CE 396/2005. Regolamento di esecuzione (UE) 2015/595 Istruzioni ministeriali
- S.INTE.S.I. STABILIMENTI (art. 3 del reg. 854/2004; art. 31 del Reg. 882/04) anagrafe degli stabilimenti riconosciuti per la produzione di alimenti di origine animale
- AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali
- FINANZIAMENTO DEI CONTROLLI UFFICIALI - Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) 882/2004 - Art. 8, comma 1 e 2, del D.lgs n. 194 del 19.11.2008; DM 24/01/2011 "modalità tecniche per il versamento delle tariffe e la rendicontazione".

La verifica dell'adempimento è a cura del Ministero della salute, secondo le modalità riportate nelle Note per la compilazione.

C.14) DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio della distribuzione diretta dei medicinali (DM 31 luglio 2007 e s.m.i "Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto").
- DM 6 agosto 2012 "modifiche al decreto 31 luglio 2007 recante "Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto come modificato dal decreto 13 novembre 2008".

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

La valutazione è condotta dalla Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica sulla base della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo della trasmissione dei dati dalle Regioni al NSIS per l'anno 2016.

C.15) CONSUMI OSPEDALIERI DEI MEDICINALI

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dei consumi ospedalieri di medicinali (DM 4 febbraio 2009 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero").

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

La valutazione è condotta dalla Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica sulla base della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo della trasmissione dei dati dalle Regioni al NSIS per l'anno 2016.

C.16) MONITORAGGIO GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE

- DM 22 aprile 2014, art. 7, (GU n. 110 del 14 maggio 2014) ("Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate").

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

La Regione deve produrre apposita certificazione sulla pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22 aprile 2014, in uso presso le strutture pubbliche e private accreditate alla data del 31.12.2016 (rif. Art. 7 del DM 22 aprile 2014).

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*).

Nome referente regionale _____
Telefono _____ E-mail _____

E.1 L'adempimento sul mantenimento dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza è verificato attraverso gli indicatori riportati in tabella.

Le caselle evidenziate in grigio saranno compilate dal Ministero attraverso i flussi esistenti; si chiede alle Regioni di compilare solo le caselle bianche.

Le indicazioni di dettaglio per il calcolo degli indicatori sono riportate nelle Note per la compilazione.

N.	Livello di assistenza	Definizione	Anno		
			2014	2015	2016
1	Prevenzione	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)			
		1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)			
		1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)			
2	Prevenzione	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto			
3	Prevenzione	3.2 Indicatore composito sugli stili di vita			
4	Prevenzione e salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare			
5	Prevenzione	5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza			
		5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie			
		5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende oviceprine controllate per anagrafe oviceprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06			

6	Prevenzione	6.1 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati			
		6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI: somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95			(*)
		6.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti			
7	Distrettuale	7.1 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite			
		7.2 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine per diabete), BPCO e scompenso cardiaco			
8	Distrettuale domiciliare anziani	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI			
9	Distrettuale residenziale anziani	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti			
		9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti			
10	Distrettuale disabili	10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti			
		10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti			
		10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti			
		10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti			
11	Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)			
12	Distrettuale farmaceutica	Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT			
13	Distrettuale specialistica	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti			
14	Distrettuale salute mentale	Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti			
15	Ospedaliera	15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti			
		15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti			
		15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti			

17	Ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario			
18	Ospedaliera	18.1 Percentuale parti cesarei primari			
		18.2 Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN			
19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario			
21	Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)			

(*) In relazione all'indicatore n. 6.2, la Regione deve indicare il numero di unità registrate totali presenti sul territorio, riferibili a "ristorazione pubblica" (cod 07 del Mod A del DM 8/10/1998) e "ristorazione collettiva" (cod 08 del Mod A del DM 8/10/1998) necessari per definire la base dei dati sul quale eseguire il calcolo. Il numero totale di unità deve includere quelle di riferimento dei SIAN e dei Servizi Veterinari senza duplicazioni.

Numero: _____

Nel caso di assenza di informazioni si farà riferimento ai dati forniti con i Mod. A del citato DM trasmessi al Ministero con il flusso informativo previsto, sommando le unità da controllare a cura del SIAN con quelle da controllare a cura dei Servizi Veterinari.

F) ASSISTENZA OSPEDALIERA

- Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016) (GU Serie Generale n.302 del 30-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 70)

Nome referente regionale _____

Telefono _____ E-mail _____

F.1 Assistenza ospedaliera**F.1.1 Tabelle offerta di posti letto regionali**

La verifica dell'adempimento è a cura del Ministero della salute sulla base dei dati NSIS HSP12 e HSP13 secondo le specifiche riportate nelle Note di compilazione.

Posti letto Acuti		2014	2015	2016
Ordinari	Numero			
	Per 1.000 ab.			
Day Hospital	Numero			
	Per 1.000 ab.			
Day surgery	Numero			
	Per 1.000 ab.			

Posti letto Riabilitazione		2014	2015	2016
Ordinari	Numero			
	Per 1.000 ab.			
Day Hospital	Numero			
	Per 1.000 ab.			
di cui Posti letto Neuro Riabilitazione		2014	2015	2016
Ordinari	Numero			
	Per 1.000 ab.			
Day Hospital	Numero			
	Per 1.000 ab.			

Posti letto Lungodegenza		2014	2015	2016
	Numero			
	Per 1.000 ab.			

F.1.2 Tabella posti letto di residenzialità

Sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri i posti letto di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate per i quali le Regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, ad eccezione dei posti presso:

- le strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 per le cure palliative e la terapia del dolore
- le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale
- le strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla CSR (repertorio 30/CSR-2011)
- le strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011).

Ai fini dell'adempimento la Regione deve compilare la seguente tabella. Le caselle evidenziate in grigio saranno compilate dal Ministero della Salute; si chiede alle Regioni di compilare solo le caselle bianche.

P.L. di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali	2016
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN \geq tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A1)	
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN $<$ tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A2)	
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN \geq tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n.38 per le cure palliative e terapia del dolore (B)	
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN \geq tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie territoriali per la salute mentale (C)	
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN \geq tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla CSR (repertorio 30/CSR-2011) (D)	
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN \geq tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011) (E).	
P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L. ospedalieri [A1 - B - C - D - E]	
Per 1.000 ab.	

I dati forniti dalla Regione saranno verificati dal Ministero della Salute, sulla base dei criteri riportati nelle Note per la compilazione.

F.2 Per la verifica degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, si rinvia alle valutazioni del Tavolo tecnico di cui al Decreto 2 aprile 2015, n. 70.

G) APPROPRIATEZZA

- adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzazione delle risorse, in attuazione del punto 4.3 dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 (allegato 1 – punto 2, lettera g dell'Intesa del 23 marzo 2005). La relativa verifica avviene secondo le modalità definite nell'accordo Stato Regioni del 1° luglio 2004, atto rep. n. 2035 (art. 52, comma 4, lettera b), della legge 27 dicembre 2002, n.289);
- 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 all'erogazione in regime ospedaliero (art. 6, comma 5 dell'Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009).
- DL 6/07/2012 n. 95 conv. nella Legge 7 agosto 2012, n. 135 - TITOLO III, art. 15 comma 10 ("al fine di incrementare l'appropriatezza amministrativa e l'appropriatezza d'uso dei farmaci il Comitato ed il Tavolo di verifica degli adempimenti di cui agli artt. 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 verificano annualmente che da parte delle Regioni si sia provveduto a garantire l'attivazione ed il funzionamento dei registri dei farmaci sottoposti a registro e l'attivazione delle procedure per ottenere l'eventuale rimborso da parte delle aziende farmaceutiche interessate. I registri dei farmaci di cui al presente comma sono parte integrante del sistema informativo del Servizio sanitario nazionale").
- *Accordo Stato-Regioni 10 febbraio 2011* concernente il Piano d'indirizzo per la riabilitazione; vanno promosse a livello nazionale iniziative adeguate di osservazione e monitoraggio delle fasi di implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione da parte delle amministrazioni regionali (articolo 2 dell'Accordo Stato-Regioni del 10 Febbraio 2011 – Piano di Indirizzo per la Riabilitazione).

Nome referente regionale _____

Telefono _____ E-mail _____

G.1 Appropriatazza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni di cui all'allegato B al Patto per la salute (DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza ordinaria) e delle prestazioni di cui all'allegato A al Patto per la salute (Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale).

Elaborazione a cura del Ministero della salute, secondo la metodologia riportata dettagliatamente nelle Note per la compilazione.

G.2 Saranno oggetto di valutazione i valori assunti dalla Regione per gli indicatori relativi all'appropriatazza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero individuati dal Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficacia dei ricoveri post acuti.

Compilazione a cura del Ministero (fonte dati SDO)

	2014	2015	2016
% ricoveri a rischio di inappropriatazza clinica			
% ricoveri a alto rischio di inappropriatazza organizzativa			
% giornate di degenza a rischio di inefficienza			

Le modalità di calcolo degli indicatori sono riportate nelle Note per la compilazione.

H) LISTE D'ATTESA

- Articolo 50, comma 5 della legge 326/2003, attraverso il decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo del 2008, ha previsto la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa in coerenza con quanto previsto dal punto e) dell'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;
- Intesa del 28 marzo 2006, recante "Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa 2006-2008" – Punto 7.2. Monitoraggio specifico;
- Articolo 1, comma 282 della legge n.266/2005 ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure per regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici dandone informazione semestrale al Ministero della salute;
- Intesa del 28 ottobre 2010, recante "Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012" Lettera F
 - Punto 1: Monitoraggio ex ante, paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12;
 - Punto 2: Monitoraggio ex post, attraverso il flusso informativo ex art. 50, comma 5, della legge 326/2003 così come modificato dal decreto del Ministro dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008 e s.m.i.. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni e modalità indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12;
 - Punto 3: Monitoraggio dei ricoveri ex D. M. Ministro della Salute 8 luglio 2010 n. 135 sul Regolamento delle informazioni relative alla SDO ex D.M. 27 ottobre 2000, n. 380;
 - Punto 6: Monitoraggio delle sospensioni. Il monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-2012.
- Intesa 28 ottobre 2010 (Punto 3.3 del PNGLA) contempla la definizione dei PDT afferenti l'area cardiovascolare ed oncologica e ne prevede il monitoraggio tramite apposite Linee guida;
- Linee Guida (giugno 2011) per il monitoraggio dei PDT complessi;
- Articolo 41, comma 6 del d.lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" (GU n.80 del 5-4-2013);
- PNGLA 2014-2016 (qualora il nuovo Piano sia condiviso con l'Intesa Stato-Regioni).

Nome referente regionale _____

Telefono _____ E-mail _____

H.1 Monitoraggio ex post delle prestazioni incluse nel flusso informativo ex articolo 50 della Legge 326/2003.

H.1.1 Sulla base dei dati pervenuti al Ministero della salute - DGSISS saranno calcolati gli indicatori riportati nelle Note per la compilazione, relativi a Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici e RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica–Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia.

H.2 Monitoraggio ex ante così come indicato nelle Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010)

Si procederà all'esame dei dati pervenuti all'Ufficio III della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della salute.

Cod. Azienda	Progr.	Codice Prestazione	Numero totale di prenotazioni	Numero prenotazioni da garantire	Numero prenotazioni con classe di priorità B	Numero di prenotazioni garantite entro i tempi con classe di priorità B	Numero di prenotazioni con classe di priorità D	Numero di prenotazioni garantite entro i tempi con classe di priorità D

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

H.3.1 Ai soli fini informativi, si procederà all'esame dei dati in possesso del Ministero relativamente ai tempi di attesa per intervento chirurgico mammella, intervento chirurgico tumore colon retto e altri interventi chirurgici che abbiano presentato a livello nazionale criticità nelle attese.

H.4 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

H.4.1 La Regione nell'attività di controllo dell'effettiva erogazione delle prestazioni è venuta a conoscenza dell'eventuale sospensione dell'attività di prenotazione presso le strutture sanitarie?

Si No

In caso di risposta affermativa indicare i provvedimenti adottati.

H.5 Monitoraggio dei PDT complessi

Si procederà all'analisi dei dati relativi al Monitoraggio dei PDT complessi previsto dalle Linee Guida per il monitoraggio dei Percorsi Diagnostico Terapeutici complessi, giugno 2011 - Metodologia aggiornata al giugno 2013 con eventuali proposte di aggiornamento, esclusivamente per il PDT mammella.

L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

- *Art. 5, comma 1 della Legge 222/2007* che fissa il tetto della spesa farmaceutica territoriale al 14%, successivamente modificato al 13,6% per l'anno 2009 dall'art. 13, comma 1, lettera c), del D.L. 39/2009 (convertito in Legge 77/2009), ulteriormente ridotto al 13,3% a partire dal 2010 ai sensi dell'art. 22, comma 3 del D.L. 78/2009 (convertito in Legge 102/2009). Quindi, per l'anno 2012, l'art. 15, comma 2, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012, convertito, con modificazioni, dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012 ha disposto l'ulteriore riduzione del tetto al 13,1%;

- *Art. 5, comma 4 della Legge 222/2007*: “Entro il 1° dicembre di ogni anno l'AIFA elabora la stima della spesa farmaceutica, così come definita al comma 1, relativa all'anno successivo distintamente per ciascuna Regione e la comunica alle medesime Regioni. Le Regioni che, secondo le stime comunicate dall'AIFA, superano il tetto di spesa regionale prefissato, di cui al comma 1, sono tenute ad adottare misure di contenimento della spesa, ivi inclusa la distribuzione diretta, per un ammontare pari almeno al 30 per cento dello sfioramento; dette misure costituiscono adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato. Le Regioni utilizzano eventuali entrate da compartecipazioni alla spesa a carico degli assistiti a scomputo dell'ammontare delle misure a proprio carico”;

- *Art. 5, comma 5 della Legge 222/2007*: “A decorrere dall'anno 2008 la spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta come definita al comma 1, non può superare a livello di ogni singola Regione la misura percentuale del 2,4 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie. L'eventuale sfioramento di detto valore è recuperato interamente a carico della Regione attraverso misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera o di voci equivalenti della 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 la Regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo”;

- *Art. 15, comma 3, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012*, convertito, con modificazioni, dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012 che fissa il tetto della spesa farmaceutica territoriale per l'anno 2013 all'11,35% del Fabbisogno sanitario al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA in base a quanto previsto dall'art.11, comma 9, del D.L. 31 maggio 2010, n.78, convertito, con modificazioni dalla L. 30 luglio 2010, n.122;

- *Art. 15, comma 4, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012*, convertito, con modificazioni, dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012 che fissa il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera per l'anno 2013 al 3,5% del Fabbisogno sanitario al netto della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, nonché al netto della spesa per i vaccini, per i medicinali di cui alle lettere c) e c-bis) dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537 e successive modificazioni, per le preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, per i medicinali esteri e per i plasmaderivati di produzione regionale.

- *Art. 15, comma 7, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012*, convertito, con modificazioni, dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012 che pone a carico delle aziende farmaceutiche, a decorrere dall'anno 2013, una quota pari al 50 per cento dell'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, come modificato dal comma 4 del presente articolo. Il restante 50 per cento dell'intero disavanzo a livello nazionale è a carico delle sole regioni nelle quali è superato il tetto di spesa regionale, in proporzione ai rispettivi disavanzi; non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo.

- *Art. 15, comma 8, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012* concernente le disposizioni di attuazione di quanto previsto dal primo periodo del comma 7.

- *Art. 15, comma 10, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012* concernente l'attivazione ed il funzionamento dei registri dei farmaci sottoposti a registro.

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

L.1 Rispetto dei vincoli della spesa farmaceutica

L.1.1 “Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica e dei tetti stabiliti dalla L.135/2012”.

Il Ministero attraverso AIFA predispone la “Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica e dei tetti stabiliti dalla L. 135/2012”. Per i criteri di valutazione si rinvia a quanto riportato nel Documento adempimenti 2016 – Ministero dell'economia e delle finanze.

L.1.2 Allocazione delle risorse per l'assistenza farmaceutica regionale

Compilazione a cura del Ministero attraverso l'Agenzia Italiana del Farmaco (fonte dati "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica"), ai soli fini informativi

Trend annuale dell'incidenza percentuale rispetto al fabbisogno sanitario regionale, distintamente per la spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera.

LEA	2013	2014	2015	2016
% spesa territoriale				
% spesa ospedaliera				
% totale				

N) CONTABILITA' ANALITICA

- le Regioni si impegnano ad adottare 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 e ciò costituisce adempimento cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla presente Intesa (Articolo 3, comma 7 dell'Intesa del 23 marzo 2005).

Nome referente regionale _____ Telefono _____ E-mail _____
--

N.1 Tabella “Verifica e monitoraggio stato d’implementazione Co.An.”.

La Regione deve compilare l'allegata tabella “Verifica e monitoraggio stato d’implementazione Co.An.”, secondo le modalità riportate nelle Note alla compilazione.

N.2 Il sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità è stabilito a livello regionale oppure ogni azienda può adottare autonomamente un proprio sistema di contabilità analitica?

Sistema di contabilità analitica regionale, uniforme per tutte le aziende

Sistema di contabilità analitica proprio per ogni azienda

N.3 Nel caso in cui si adotti un sistema di contabilità analitica stabilito dalla Regione ed uniforme in tutte le aziende, esiste un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati a livello regionale?

Si No

S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE

- garantire adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera (articolo 4, comma 1, lettera c) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005);
- 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 (articolo 4, comma 1, lettera g) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).
- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza domiciliare (DM 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare");
- DM 6 agosto 2012 "modifiche al DM 17 dicembre 2008 recante "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare";
- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del 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").

Nome referente regionale _____
Telefono _____ E-mail _____

S.1 Assistenza domiciliare e residenziale**S.1.1 Indicare la presenza sul territorio delle seguenti tipologie di offerta assistenziale extraospedaliera**

Le caselle evidenziate in grigio saranno compilate dal Ministero della Salute; si chiede alle Regioni di compilare solo le caselle bianche.

	Tipologia di assistenza	SI	NO
MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI	Trattamenti residenziali intensivi a malati cronici non autosufficienti R1		
	Trattamenti residenziali estensivi a malati cronici non autosufficienti R2		
	Trattamenti residenziali di lungoassistenza , recupero e mantenimento funzionale a malati cronici non autosufficienti R3		
	Trattamenti semiresidenziali di lungoassistenza , recupero e mantenimento funzionale a malati cronici totalmente o parzialmente non autosufficienti SR		
PERSONE DISABILI	Trattamenti residenziali di riabilitazione intensiva a persone con disabilità grave		
	Trattamenti residenziali di riabilitazione estensiva a persone con disabilità grave		
	Trattamenti residenziali socio-riabilitativi di mantenimento a persone con disabilità		
	Trattamenti semiresidenziali socio-riabilitativi a persone con disabilità		
PERSONE CON DISTURBI MENTALI	Trattamenti residenziali socio-riabilitativi a persone con disturbi mentali		

Se non presenti, indicare in quali strutture del SSR viene garantita la tipologia di assistenza.

Il seguente punto S.1.2 deve essere compilato esclusivamente dalle Regioni valutate con punteggio inferiore a 4 (valutazione negativa) alla domanda S.1.3 del Questionario 2015

S.1.2 Indicare le tipologie di assistenza per le quali i Comuni o gli assistiti sostengono una quota di oneri ed indicare i relativi atti o provvedimenti della Regione

	Tipologia di assistenza	Retta media giornaliera (totale)	Quota media a carico del SSN
MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI	Trattamenti residenziali intensivi a malati cronici non autosufficienti R1		
	Trattamenti residenziali estensivi a malati cronici non autosufficienti R2		
	Trattamenti residenziali di lungoassistenza , recupero e mantenimento funzionale a malati cronici non autosufficienti R3		
	Trattamenti semiresidenziali di lungoassistenza , recupero e mantenimento funzionale a malati cronici totalmente o parzialmente non autosufficienti SR		
PERSONE DISABILI	Trattamenti residenziali di riabilitazione intensiva a persone con disabilità grave		
	Trattamenti residenziali di riabilitazione estensiva a persone con disabilità grave		
	Trattamenti residenziali socio-riabilitativi di mantenimento a persone con disabilità		
	Trattamenti semiresidenziali socio-riabilitativi a persone con disabilità		
PERSONE CON DISTURBI MENTALI	Trattamenti residenziali socio-riabilitativi a persone con disturbi mentali		

Allegare delibere regionali, schema tipo di contratto, ecc...relativi alla quota di oneri a carico del Comune/assistito per i trattamenti residenziali a persone disabili e a persone con disturbi mentali.

S.2 Cure domiciliari e residenziali

Articolazione dell'offerta di cure domiciliari e residenziali in termini di intensità e complessità assistenziale.

Compilazione a cura del Ministero, attraverso i flussi NSIS

S.2.1 Cure domiciliari integrate (fonte flusso SIAD di cui al D.M. 17 dicembre 2008)

S.2.1.1 Numero di prese in carico domiciliari per 1.000 abitanti, per intensità di cura

Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2016 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13.

CIA Livello 1		CIA Livello 2		CIA Livello 3		CIA Livello 4		PIC erogate
N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	

S.2.2 Trattamenti socio-sanitari residenziali e semiresidenziali (fonte flusso FAR di cui al D.M. 17 dicembre 2008)

S.2.2.1 Numero di assistiti in trattamento socio-sanitario residenziale per 1.000 abitanti, per intensità di cura

Sono considerate le ammissioni attive aperte al primo gennaio 2016 e quelle aperte nel corso dell'anno.

R1	R2	R2D	R3	Totale residenziale	Popolazione

S.2.2.2 Numero di assistiti in trattamento socio-sanitario semiresidenziale per 1.000 abitanti, per intensità di cura

Sono considerate le ammissioni attive aperte al primo gennaio 2016 e quelle aperte nel corso dell'anno.

SR1	SR2	Totale semiresidenziale	Popolazione

U) PREVENZIONE

- adottare, entro il 30 giugno 2005, il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione di cui all'allegato 2, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale. Le Regioni e le Province autonome convengono, per la completa attuazione di quanto previsto dal citato Piano, di destinare 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, come individuate nella tabella di cui all'allegato n. 2. Le Regioni e le Province autonome si impegnano, altresì, a trasmettere al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo della malattie, istituito dall'articolo 1 della Legge 26 maggio 2004, n.138, di conversione del Decreto Legge 29 marzo 2004, n.81, idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire al medesimo Centro di certificare l'avvenuto adempimento, ai fini di quanto previsto dal successivo articolo 12 (art. 4, comma 1, lettera e) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005);
- Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008 (rep. 104/CS) "Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003 n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la proroga al 2008 del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 e le modalità dell'elaborazione della proposta di Piano Nazionale della Prevenzione 2009-2011" ha esteso la validità del piano al 2008, essendo stato confermato dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (DPR 7 aprile 2006);
- Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009, ha ritenuto di dare alle Regioni l'opportunità di completare e consolidare i programmi in corso di attuazione, ma anche, ove l'emanazione del nuovo Piano lo consenta, di riallineare i propri programmi per il perseguimento degli obiettivi in esso individuati;
- Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 concernente il Piano nazionale della prevenzione per gli anni 2010-2012;
- Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 (Rep. n.29/CSR) concernente il "Documento per la valutazione dei Piani regionali della prevenzione 2010 - 2012".
- D.P.C.M. 17 dicembre 2007. Esecuzione accordo 1 agosto 2007, recante "Patto per la tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro". Il decreto rende esecutivo l'accordo del 1 agosto 2007 recante "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro". Nel Patto si razionalizzano gli interventi, al fine di pervenire ad un utilizzo efficace ed appropriato delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste ed impiegate per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro. Sono stabiliti gli obiettivi strategici del sistema, le risorse da utilizzare e la metodologia di monitoraggio e valutazione delle attività tramite indicatori.
- l'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 proroga al 31 dicembre 2013 il PNP 2010-2012, confermandone, per l'annualità 2013, il vincolo della certificazione ai fini dell'accesso al finanziamento previsto dagli Obiettivi di Piano ed il sistema di valutazione dei PRP di cui all'Intesa Stato Regioni 10 febbraio 2011;
- Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014" (Rep. Atti n. 54/CSR del 22 febbraio 2012).
- Intesa tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, rep. n. 66/csr, del 23 marzo 2011, concernente il "Piano Nazionale per l'Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015", che definisce le Linee guida attuative nazionali per il raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione del morbillo e della rosolia entro il 2015, come raccomandato dall'OMS, gli indicatori da monitorare.
- Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014" (Rep. Atti n. 54/CSR del 22 febbraio 2012).
- Intesa Stato-Regioni "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, sulla proposta del Ministero della salute concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018". Rep. Atti n. 156/CSR del 13 novembre 2014.
- Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 di adozione del Documento di valutazione del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018.

Nome referente regionale _____
Telefono _____ E-mail _____

Compilazione a cura del Ministero

La valutazione dell'adempimento avverrà sulla base delle informazioni contenute nella tabella inserita nelle Note per la compilazione, secondo i criteri ivi riportati.

V) PIANO NAZIONALE AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO

- 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, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale. Le Regioni e le Province autonome convengono, altresì, di destinare 50 milioni di euro per la realizzazione, nel proprio ambito territoriale, del medesimo Piano. Le Regioni e le Province autonome 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 dal successivo articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 (art. 4, comma 1, lettera f).

- Accordo del 1° agosto 2007, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente il "riordino del sistema di Formazione continua in medicina".

- Accordo del 5 novembre 2009, 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 di Bolzano, concernente "il nuovo sistema di Formazione continua in medicina - Accreditemento del provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti".

- Accordo del 19 aprile 2012, ai sensi dell'art. 4 del decreto 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011-2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti".

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Ai fini della valutazione si terrà conto:

1. della programmazione delle attività formative rivolte al personale sanitario;
2. delle attività svolte dall'Osservatorio regionale;
3. dell'attività di monitoraggio condotta sul sistema di accreditamento regionale;
4. del trasferimento dei report da parte dei provider al Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie (Co.Ge.A.P.S.) e all'ente accreditante, tramite procedura informatica, utilizzando il tracciato unico definito dalla Commissione Nazionale Formazione Continua (Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009).

W) ACCORDI SUCCESSIVI AL DPCM 29/11/2001

- 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).

W.1 La Regione ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 2014 inerente la protezione sanitaria degli eventi e delle manifestazioni programmati?

Si No

In caso di risposta affermativa indicare gli estremi degli atti _____

W.2 La Regione ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 16 ottobre 2014 concernente il Piano Nazionale Malattie Rare?

Si No

In caso di risposta affermativa indicare gli estremi degli atti _____

W.3 La Regione ha recepito l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 30 ottobre 2014 concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro - anni 2014-2016"?

Si No

In caso di risposta affermativa indicare gli estremi degli atti _____

W.4 La Regione ha recepito l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 18 dicembre 2014 concernente le "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia"?

Si No

In caso di risposta affermativa indicare gli estremi degli atti _____

X) IMPLEMENTAZIONE PERCORSI DIAGNOSTICO - TERAPEUTICI

- Art. 4, comma 1, lettera g) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005: "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;
- Art. 1, comma 28, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, modifiche al secondo periodo: "i percorsi diagnostico-terapeutici sono costituiti dalle linee-guida di cui all'articolo 1, comma 283, terzo periodo, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, nonché da percorsi definiti ed adeguati periodicamente con decreto del Ministro della Salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato; le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano su proposta del comitato strategico del Sistema nazionale linee-guida, di cui al decreto del Ministro della salute 30 giugno 2004, integrato da un rappresentante della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (art. 1, comma 796, lettera m) della L. 27.12.2006 n. 296).
- Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente "Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale".
- Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), Istituto Superiore di Sanità (ISS) (<http://www.snlg-iss.it>)
- Linee-guida per la pratica clinica. Metodologia per l'implementazione, 2004 (Ed. Il Pensiero Scientifico).

Nome referente regionale _____
Telefono _____ E-mail _____

X.1 Monitoraggio dell'implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Indicare i Percorsi operativi nella Regione.

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. PDTA Ictus | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. PDTA Scopenso cardiaco | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. PDTA Ulcere da pressione | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. PDTA Terapia anticoagulante | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. PDTA Carcinoma colon retto | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. PDTA Tromboembolismo venoso acuto del paziente ospedalizzato | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. PDTA in Pronto Soccorso per sospetta tromboembolia polmonare | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. PDTA in Pronto Soccorso del paziente con dolore toracico | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. PDTA in Pronto Soccorso del paziente pediatrico | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. PDTA in regime di degenza ospedaliera del paziente pediatrico | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. PDTA in ambito riabilitativo | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12. PDTA del paziente affetto da malattia da HIV/AIDS | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 13. Altro PDTA riferito a Linea guida clinica (specificare) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

In caso di risposta affermativa, trasmettere l'atto regionale/aziendale con il relativo PDTA.

X.2 La Regione ha effettuato nel corso del 2016 il monitoraggio dei PDTA individuati?

Si No

In caso di risposta affermativa allegare la documentazione attestante l'attività di monitoraggio ed eventuali integrazioni/modifiche da apportare al PDTA.

Y) LEA AGGIUNTIVI

- trasmissione al Comitato di cui all'art. 9 dei provvedimenti relativi ai livelli essenziali aggiuntivi regionali e al relativo finanziamento (art. 4 comma 1, lettera h) dell'Intesa del 23 marzo 2005);

- trasmissione al Comitato entro il 31 dicembre 2009, e comunque con cadenza annuale, di 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) dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto della salute per gli anni 2010-2012).

Nome referente regionale _____
Telefono _____ E-mail _____

Y.1 Indicare le prestazioni garantite dal SSR quali livelli aggiuntivi a carico dei bilanci regionali

Le caselle evidenziate in grigio saranno compilate dal Ministero della Salute sulla base dei dati ricavati dal modello LA

<u>Tipologia di prestazioni aggiuntive</u>	<u>Si / No</u>	<u>Importo spesa</u>
Assistenza farmaceutica: farmaci di classe C ai soggetti affetti da malattie rare; medicina non convenzionale, ecc.		
Assistenza specialistica: prestazioni indicate nell'allegato 2A al dPCM (circoncisione rituale, medicina non convenzionale, fisioterapia, ecc.)		
Assistenza protesica: prestazioni non incluse, in qualità o in quantità, nel DM n. 332 del 27 agosto 1989		
Assistenza integrativa: fornitura di prodotti aproteici ai nefropatici cronici		
Assistenza economica: assegno di cura, contributi a persone affette da patologie, rimborso spese viaggi per cure, ecc.		
Prestazioni non sanitarie (ex ONIG) agli invalidi di guerra		
Assistenza riabilitativa: assunzione a carico del SSR di oneri di spettanza dei Comuni per prestazioni di natura socio-assistenziale, metodo Doman, altre metodologie		
Esenzioni: ampliamento disciplina delle esenzioni per reddito o patologia cronica o rara		
Assistenza socio sanitaria: assunzione oneri sociali a carico del SSR		
Altro da specificare		

Documentazione da allegare:

- delibera di adozione di ciascun livello aggiuntivo;
- provvedimento ricognitivo relativo alle prestazioni aggiuntive, con l'indicazione della specifica fonte di finanziamento, dell'importo indicato in bilancio per ciascuna tipologia di prestazione e da relazione tecnica sulla congruità del finanziamento predisposto.

AH) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

- art. 1, comma 796, lettera s) della Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007). A decorrere dal 1° gennaio 2008, cessano i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della Legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. del comma 796, art. 1 della Legge 296/2006;
- art. 1, comma 796, lettera t) della Legge 27 dicembre 2006, n. 296. Stabilisce, tra l'altro, che: «...le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1 gennaio 2010 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'articolo 8-quater, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'art. 8-quater, comma 1 del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992»;
- art. 1, comma 796, lettera u) della Legge 27 dicembre 2006, n. 296. Stabilisce, tra l'altro, che: «...le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che, a decorrere dall'1 gennaio 2008, non possano essere concessi nuovi accreditamenti ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione ai sensi del comma 8 dell'art. 8-quater, comma 8 decreto legislativo n. 502 del 1992»;
- Patto per la salute 2010-2012. Intesa Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009. Verifica dell'avvenuto passaggio al regime dell'accredimento Istituzionale come previsto dall'art. 1 comma 796 della Legge 296/06 Finanziaria 2007;
- art. 2 comma 100 della Legge n. 191 del 23 dicembre 2009. Stabilisce che all'art. 1, comma 796, lettera t), della Legge 27 dicembre 2006, n. 296, le parole "1 gennaio 2010" sono sostituite dalle seguenti "1 gennaio 2011";
- art. 2 del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225 così come convertito dalla Legge n. 10 del 26 febbraio 2011. Stabilisce che all'articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, dopo le parole "strutture private" sono inserite le seguenti "ospedaliere e ambulatoriali" e dopo le parole "decreto legislativo n. 502 del 1992;" sono inserite le seguenti "le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2013 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché degli stabilimenti termali come individuati dalla legge 24 ottobre 2000, n. 323, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992”.
- Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012, recante documento "Disciplina per la revisione dell'accredimento";
- Decreto del Ministro della Salute del 6 febbraio 2013 recante: " Costituzione del tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento istituzionale";
- Decreto Legge del 30 dicembre 2013 n. 150 art. 7, comma 1-bis convertito nella legge 27 febbraio 2014 n. 15 «All'articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, le parole da: "; le regioni provvedono ad adottare provvedimenti" fino alla fine della lettera sono sostituite dalle seguenti: "; le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 31 ottobre 2014 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché degli stabilimenti termali come individuati dalla legge 24 ottobre 2000, n. 323, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992. Qualora le regioni non provvedano ai citati adempimenti entro il 31 ottobre 2014, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, e sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, nomina il Presidente della regione o altro soggetto commissario ad acta ai fini dell'adozione dei predetti provvedimenti"»
- Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 (Rep n. 32/CSR)

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

AH.1 La Regione ha recepito i contenuti dell'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 in materia di adempimenti relativi all'accredimento delle strutture sanitarie (Rep n. 32/CSR)?

Si No

In caso di risposta positiva indicare il provvedimento di recepimento _____

AH.2 La Regione ha provveduto a istituire l'organismo tecnicamente accreditante secondo le indicazioni dell'allegato B dell'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015, in materia di adempimenti relativi all'accredimento delle strutture sanitarie (Rep n. 32/CSR)?

Si No

In caso di risposta affermativa indicare la normativa di riferimento

AH.3 I criteri/requisiti/evidenze del Disciplinare tecnico per l'accreditamento, così come articolati nell'allegato A dell'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 (Rep n. 32/CSR), sono stati recepiti all'interno dei manuali o dei provvedimenti normativi che definiscono i requisiti di accreditamento/autorizzazione delle strutture sanitarie della Regione/P.A.?

Si No

AH.4 Ai soli fini informativi si chiede alla Regione di relazionare sulle procedure di accreditamento relative alle strutture pubbliche.

AH.5 Compilare la seguente Tabella.

Le caselle evidenziate in grigio saranno compilate dal Ministero attraverso i flussi informativi esistenti; si chiede alle Regioni di compilare solo le caselle bianche.

Strutture ospedaliere private accreditate	Strutture ambulatoriali private accreditate	Altre strutture territoriali private accreditate	Strutture ospedaliere convenzionate da HSP11	Strutture ambulatoriali convenzionate da STS11	Strutture territoriali convenzionate da RIA11

Qualora la Regione non abbia concluso l'iter di accreditamento istituzionale per le strutture sanitarie e sociosanitarie private, relazioni sulle strutture per le quali è ancora in corso tale procedura e sulle motivazioni del ritardo, indicando il cronoprogramma delle azioni attivate o in fase di attivazione per pervenire alla conclusione del processo.

AK) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE EROGANTI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

- fatto salvo quanto previsto in materia di aggiornamento dei tariffari delle prestazioni sanitarie dall'articolo 1, comma 170, quarto periodo, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, 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 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» (art. 1, comma 796, lettera o) della Legge 27 dicembre 2006, n. 296).

- Accordo Stato-Regioni 23 Marzo 2011 in merito ai "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio" contenente criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta ferma restando l'autonomia delle singole Regioni, in particolare di quelle che hanno già avviato il processo di razionalizzazione della rete delle strutture di laboratorio, alla traduzione operativa degli stessi ritenuta più consona alle specifiche realtà territoriali.

Nome referente regionale _____
Telefono _____ **E-mail** _____

AK.1 Se non già approvato negli anni precedenti, ai fini dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate, è stato approvato/aggiornato nell'anno 2016 il Piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio?

Si No

In caso di risposta affermativa specificare l'atto e allegare la relativa documentazione.

Atto n. _____

AK.2 Compilare le seguenti tabelle. Nel caso in cui siano presenti laboratori che erogano meno di 200.000 prestazioni/anno, inviare una relazione in merito alle azioni intraprese per garantire il rispetto del valore soglia fissato.

HUB

Tipologia Laboratorio	Laboratorio generale di base						Laboratorio generale con settori specialistici						Laboratorio specialistico					
	0 - 100.000*		100.000 - 200.000*		oltre 200.000*		0 - 100.000*		100.000 - 200.000*		oltre 200.000*		0 - 100.000*		100.000 - 200.000*		oltre 200.000*	
Range prestazioni erogate	0 - 100.000*	100.000 - 200.000*	100.000 - 200.000*	100.000 - 200.000*	oltre 200.000*	oltre 200.000*	0 - 100.000*	100.000 - 200.000*	100.000 - 200.000*	100.000 - 200.000*	oltre 200.000*	oltre 200.000*	0 - 100.000*	100.000 - 200.000*	100.000 - 200.000*	100.000 - 200.000*	oltre 200.000*	oltre 200.000*
Pubblico/Privato accreditato	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **
N. laboratori																		

*Nel computo delle prestazioni erogate vanno considerate anche le prestazioni erogate in regime di solvenza

**Nel computo delle prestazioni erogate da strutture pubbliche vanno considerate anche le prestazioni erogate a favore degli interni

SPOKE

Tipologia Laboratorio	Laboratorio generale di base						Laboratorio generale con settori specialistici						Laboratorio specialistico					
	0 - 100.000*		100.000 - 200.000*		oltre 200.000*		0 - 100.000*		100.000 - 200.000*		oltre 200.000*		0 - 100.000*		100.000 - 200.000*		oltre 200.000*	
Range prestazioni erogate	0 - 100.000*	100.000 - 200.000*	100.000 - 200.000*	100.000 - 200.000*	oltre 200.000*	oltre 200.000*	0 - 100.000*	100.000 - 200.000*	100.000 - 200.000*	100.000 - 200.000*	oltre 200.000*	oltre 200.000*	0 - 100.000*	100.000 - 200.000*	100.000 - 200.000*	100.000 - 200.000*	oltre 200.000*	oltre 200.000*
Pubblico/Privato accreditato	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **	Pubblico **	Privato accredit. **
N. laboratori																		

*Nel computo delle prestazioni erogate vanno considerate anche le prestazioni erogate in regime di solvenza

**Nel computo delle prestazioni erogate da strutture pubbliche vanno considerate anche le prestazioni erogate a favore degli interni

AM) CONTROLLO CARTELLE CLINICHE

- controllare le cartelle cliniche ai fini della verifica della qualità dell'assistenza secondo criteri di appropriatezza (*articolo 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 inappropriatazza 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.»;

- controlli sulle cartelle cliniche (*articolo 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 inappropriatazza per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera.

Nome referente regionale _____
Telefono _____ E-mail _____

AM.1 Controlli analitici casuali annuali di almeno il 10% delle cartelle cliniche (art.79 comma 1 septies Legge 133 del 6 agosto 2008).

La valutazione sarà condotta sulla base di quanto previsto dalla Legge 133 del 6 agosto 2008 e secondo le indicazioni riportate nella Circolare del MdS n. 5865 del 1 marzo 2013 “Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 “Controlli sulle cartelle cliniche” (G.U. Serie Generale n.122 del 27 maggio 2010), ad integrazione della nota n. 3372 del 31/01/2011” (cfr. Tabella 1 – “Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6 agosto 2008) - Anno di verifica 2016”, riportata nelle Note per la compilazione). In particolare saranno presi in considerazione gli indicatori “Numero CC controllate per struttura erogatrice” e “% CC controllate per struttura erogatrice” così come evidenziati nella tabella 1 riportata nelle Note per la compilazione.

AM.2 Controlli effettuati sulla totalità delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza individuate dalle Regioni (Decreto Ministeriale del 10 dicembre 2009, in attuazione dell'art. 79, comma 1septies, del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, nella Legge 6 agosto 2008, n. 133)

La valutazione sarà condotta sulla base del report previsto all'art. 3 comma 2 del D.M. 10 dicembre 2009 e secondo le indicazioni riportate nella Circolare n. 5865 del 1 marzo 2013 “Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 “Controlli sulle cartelle cliniche” (G.U. Serie Generale n.122 del 27 maggio 2010) – ad integrazione della nota n. 3372 del 31/01/2011” (cfr. Tabella 2 “Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009 - Anno di verifica 2016”, riportata nelle Note per la compilazione).

In particolare saranno presi in considerazione il Report e gli indicatori “Numero CC prestazioni inappropriate per struttura erogatrice” e “% CC prestazioni inappropriate per struttura erogatrice” così come evidenziati nella Tabella 2 riportata nelle Note per la compilazione.

AO) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

- determinare standard qualitativi e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali (Decreto 22 febbraio 2007, n. 43 "Regolamento recante: definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1 comma 169 della L. 30 dicembre 2004 n. 311");
- Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", articolo 3, comma 3;
- Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2010 sulla proposta del Ministro della salute di 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;
- Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 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.
- Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sulla proposta del Ministero della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.
- Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 sulla definizione delle discipline nelle quali possono essere conferiti incarichi di strutture complessa nelle Aziende Sanitarie.
- Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sulla proposta del Ministero della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.
- Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute 2014-2016.

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

AO.1 Standard qualitativi e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali (Decreto 22 febbraio 2007, n. 43).

AO.1.1 E' stata formalmente istituita la Rete assistenziale palliativa?

Si No

In caso di risposta affermativa allegare documentazione a riguardo.

AO.1.2 Nell'anno 2016 sono state effettuate campagne di comunicazione ai cittadini sull'istituzione della Rete di assistenza palliativa, sulla localizzazione dei servizi e delle strutture, sull'assistenza erogata dalla Rete e sulle modalità di accesso?

Si No

In caso di risposta affermativa allegare documentazione a riguardo.

AO.1.3 Nell'anno 2016 è stata effettuata formazione agli operatori sull'istituzione e sull'appropriato utilizzo della Rete di assistenza palliativa e delle relative strutture?

Si No

In caso di risposta affermativa allegare documentazione a riguardo.

AO.1.4 Ai fini della verifica del raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi e strutturali compilare la seguente tabella (seguire le indicazioni riportate nel documento “Note per la compilazione”).

Indicatore	2016
1) Numero di malati deceduti a causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice sul numero di malati deceduti per malattia oncologica	
2) Numero posti letto in hospice	
3) Percentuale di hospice in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000	
4) Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore	
5) Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa	
6) Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa	
7) Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	
8) Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	

N.B. I valori riportati nella tabella, relativi all’assistenza residenziale palliativa, dovranno essere riscontrabili mediante il sistematico invio, da parte delle Regioni, dei medesimi dati sul flusso informativo ministeriale HOSPICE.

AO.1.5 E’ stata formalmente istituita la Rete di terapia del dolore con identificazione dei centri Hub e Spoke e delle prestazioni erogate in ciascun centro?

Si No

In caso di risposta affermativa allegare documentazione a riguardo.

AO.1.6 Sono stati presentati al Ministero progetti sulla terapia del dolore, ai sensi dell’Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2010 progetto "Ospedale-Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, della Legge 15 marzo 2010, n. 38?

Si No

In caso di risposta affermativa riportare i titoli dei progetti

AP) SANITA' PENITENZIARIA

- assistenza sanitaria alle persone detenute o internate secondo quanto previsto dal *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”;
- *Accordo Stato-Regioni del 26 novembre 2009* (Rep. n. 84/CU) 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*;
- *Accordo Stato-Regioni del 26 novembre 2009* ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: “Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria”.
- *Legge 17 febbraio 2012, n. 9* Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante “Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri”, e successive modificazioni, art. 3-ter
- *Decreto Ministeriale 1 ottobre 2012* recante definizione dei “Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia”.

Nome referente regionale _____

Telefono _____ E-mail _____

AP.1 Assistenza sanitaria alle persone detenute o internate e ai minori sottoposti a provvedimento penale

AP.1.1 Programma regionale per l'utilizzo dei finanziamenti di parte corrente di cui all'art. 3-ter della legge n. 9/2012 e s.m.i.

Sarà valutata l'approvazione formale da parte della Regione del programma, coerente con le indicazioni della Circolare del Ministero della salute 29 ottobre 2013, per l'utilizzo dei finanziamenti di parte corrente di cui all'art. 3-ter della legge n. 9/2012 e successive modificazioni per il funzionamento delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e per il potenziamento dei servizi territoriali per la salute mentale.

A cura del Ministero della salute

AP.1.2 Attivazione al 31 dicembre 2016, da parte della Regione dei posti letto in REMS (in ambito regionale o di altre Regioni previo accordo formale) anche transitorie, programmati dal programma regionale definitivo approvato dal Ministero della salute

A cura del Ministero della salute

AP.1.3 Alla data del 31 dicembre 2016, la Regione ha inserito nelle REMS attivate (di cui alla Legge 17 febbraio 2012, n. 9 e al DM 1 ottobre 2012) sul proprio territorio (o in REMS di altre Regioni previo accordo formalizzato) almeno il 70% di tutti gli internati in OPG residenti nella Regione alla data del 31 dicembre 2015?

Si No

Indicare:

n° di persone inserite in REMS (regionali o di altre Regioni) alla data del 31.12.2016 a seguito di dimissione da OPG _____

n° di persone internate in OPG alla data del 31.12.2015 _____

I punti AP.1.4, AP.1.5 e AP.1.6 devono essere compilati esclusivamente dalle Regioni valutate inadempienti o "adempienti con impegno" negli anni precedenti.

AP.1.4 La Regione ha formalmente individuato strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali (ad esempio invio in Comunità Terapeutica dei minori accolti dai Centri di Prima Accoglienza)?

Si No

In caso di risposta affermativa, allegare l'atto che individua strumenti e procedure.

AP.1.5 La Regione ha attivato all'interno di almeno uno degli Istituti penitenziari, una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale, così come previsto dall'accordo "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di cura e custodia di cui all'allegato C del DPCM 1 aprile 2008" del 13/10/2011?

Si No

In caso di risposta affermativa allegare la relativa documentazione.

In caso di risposta negativa allegare una relazione che descriva le misure adottate per dare risposta ai bisogni terapeutici e assistenziali dei detenuti con disturbi psichiatrici.

AP.1.6 Sono state stipulate le convenzioni per il trasferimento in uso gratuito alle AASSLL dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie negli istituti penitenziari e nei servizi della giustizia minorile?

Si Si, in tutte le Asl No

In caso di risposta affermativa indicare gli estremi degli atti _____

AS) RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

- 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.);
- Decreto 11 dicembre 2009, G.U. Serie Generale n. 8 del 12 gennaio 2010. Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES);
- Raccomandazioni ministeriali;
- Farmacopea XII edizione (NPB);
- Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria, Ministero della Salute;
- OMS: Safe Surgery;
- D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito nella Legge 8 novembre 2012, n.189 art.3 bis, comma 1: "Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari;
- Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella;
- Direttiva 2003/94/CE dell'8 ottobre 2003 che stabilisce i principi e le linee direttrici delle buone prassi di fabbricazione relative ai medicinali per uso umano e ai medicinali per uso umano in fase di sperimentazione;
- Artt. 36-37 D.Lgs. 81/2008: Testo unico sicurezza;
- D.Lgs. 106/09: Integrazione e successive modifiche al D.Lgs. 81/2008.

Nome referente regionale _____
 Telefono _____ E-mail _____

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali**AS.1.1 La Regione ha provveduto a monitorare l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute nelle proprie Aziende Sanitarie?**

Compilare la tabella sottostante.

Raccomandazione (A)	Totale Aziende Sanitarie ove applicabile (B)	N° Aziende Sanitarie che hanno implementato (C)	%= colonna C/B (D)
Racc N°1			
Racc N°2			
Racc N°3			
Racc N°4			
Racc N°5			
Racc N°6			
Racc N°7			
Racc N°8			
Racc N°9			
Racc N°10			
Racc N°11			
Racc N°12			
Racc N°13			
Racc N°14			
Racc N°15			
Racc N°16			
Racc N°17			

AS.2 Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici

AS.2.1 Compilare la tabella sottostante, in base alla ricognizione effettuata nel corso dell'anno presso le Aziende Sanitarie che erogano prestazioni oncologiche.

Strutture con Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interna (A)	Strutture con Unità Farmaci Antitumorali (UFA) esterna in Service Aziendale/interaziendale (B)	Strutture che allestiscono in Reparto (C)	Rapporto (A+B)/(A+B+C)

AS.3 Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria**AS.3.1 Utilizzo della Check list in Sala operatoria**

La Regione deve indicare:

Numero di UO Chirurgiche con check list Chirurgica _____

Numero di UO Chirurgiche totali _____

AS.4 Prevenzione delle cadute

La Regione ha predisposto un piano di prevenzione delle cadute nelle Strutture Sanitarie?

Si No

In caso di risposta affermativa trasmettere l'atto regionale.

AS.5 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES**Compilazione a cura del Ministero**

Sulla base dei dati presenti nel flusso Simes, verrà valutata la percentuale di correttezza di compilazione delle schede di segnalazione degli Eventi Avversi.

AT) PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI DEGLI ENTI DEL SSN

Il decreto interministeriale Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze, 1° marzo 2013, prevede che i Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) siano approvati coerentemente con quanto disposto dal comma 3 dell'art. 3 del Decreto 17 settembre 2012 in materia di certificabilità.

Lo stesso decreto 17.09.2012 all'articolo 3, comma 4, prevede che :

“Alla verifica dell’attuazione da parte delle Regioni dei percorsi attuativi, secondo le modalità e le tempistiche ivi previste, provvedono:

- per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro, congiuntamente il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA e il Tavolo di verifica adempimenti, di cui rispettivamente agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in occasione delle verifiche di attuazione del Piano di rientro;

- per le Regioni non sottoposte ai Piani di rientro, il Tavolo di verifica adempimenti, di cui all'articolo 12 della predetta Intesa del 23 marzo 2005, in occasione delle ordinarie verifiche degli adempimenti”

Nome referente regionale _____ Telefono _____ E-mail _____
--

AT.1 La Regione ha trasmesso la relazione di cui al punto 3 dell'allegato B del D.M. “Percorso attuativo di certificabilità”?

Si No

AT.2 La Regione ha rispettato la tempistica di trasmissione della relazione periodica di accompagnamento al PAC di cui all'allegato B del D.M. “Percorso attuativo di certificabilità”?

Si No

AT.3 La Regione ha rispettato il cronoprogramma previsto dai PAC?

Si No

Il seguente punto AT.4 deve essere compilato esclusivamente dalle Regioni che abbiano risposto negativamente alla domanda AT.3

AT.4 La Regione ha provveduto a riprogrammare il piano di lavoro?

Si No

AU) SISTEMA CUP

- verifica del livello di implementazione e della copertura territoriale dei sistemi di prenotazione CUP disponibili a livello regionale in coerenza con le Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

Nome referente regionale _____
Telefono _____ E-mail _____

AU.1 Calcolare i seguenti indicatori di performance per singolo CUP

- $(\text{numero di prestazioni prenotate e non erogate per abbandono dell'utente, senza disdetta} / \text{numero totale di prestazioni prenotate attraverso il CUP}) * 100$
- $(\text{numero totale di prestazioni prenotate attraverso il CUP} / \text{numero totale di prestazioni erogate, prenotate attraverso il CUP e non prenotate attraverso il CUP, ad esclusione delle prestazioni ad accesso diretto (esami di laboratorio e altre che non richiedono prenotazione)}) * 100.$

AAD) SISTEMA FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

- Articolo 12 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, recante “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”, come modificato dall’articolo 17 del decreto legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98, recante “Disposizioni urgenti per il rilancio dell’economia”, relativo alla istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

L’articolo 12, comma 15-quater del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, e successive modificazioni dispone che “L’Agenzia per l’Italia digitale e il Ministero della salute operano congiuntamente, per le parti di rispettiva competenza, al fine di: a) valutare e approvare, entro sessanta giorni, i piani di progetto presentati dalle regioni e dalle province autonome per la realizzazione del FSE, verificandone la conformità a quanto stabilito dai decreti di cui al comma 7 ed in particolare condizionandone l’approvazione alla piena fruibilità dei dati regionali a livello nazionale, per indagini epidemiologiche, valutazioni statistiche, registri nazionali e raccolta di dati a fini di programmazione sanitaria nazionale; b) monitorare la realizzazione del FSE, da parte delle regioni e delle province autonome, conformemente ai piani di progetto approvati. La realizzazione del FSE in conformità a quanto disposto dai decreti di cui al comma 7 è compresa tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni e le province autonome per l’accesso al finanziamento integrativo a carico del Servizio sanitario nazionale da verificare da parte del Comitato di cui all’articolo 9 dell’intesa sancita il 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005.”

Nome referente regionale _____ Telefono _____ E-mail _____
--

AAD.1 Calcolare i seguenti indicatori sullo stato di realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico per l’anno 2016

- Numero di cittadini residenti che hanno attivato il FSE/Numero totale di cittadini residenti;
- Numero MMG/PLS abilitati al FSE/Numero totale dei MMG/PLS;
- Numero di Patient Summary popolati dai MMG/PLS abilitati.

AAE) ATTIVITA' TRASFUSIONALE

- Legge 21 ottobre 2005, n 219 recante "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati";
- Decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261, recante "Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti";
- Decreto 21 dicembre 2007 recante "Istituzione del sistema informativo dei servizi trasfusionali";
- Decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 207, recante "Attuazione della direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi";
- Decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 208, recante "Attuazione della direttiva 2005/62/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali;
- Decreto 20 maggio 2015 recante "Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti, per l'anno 2015";
- Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica (articolo 19, comma 1, legge 219/2005);
- Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011 sul documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle strutture regionali coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali";
- Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sul documento "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti" (articolo 20, legge 219/2005).

Nome referente regionale _____ Telefono _____ E-mail _____
--

AAE.1 Programmazione di autosufficienza nazionale e regionale (articolo 14, legge 219/2005 – DM 21 dicembre 2007)

AAE.1.1 Si richiede di fornire evidenza che la trasmissione dei dati annuali di attività trasfusionali necessari per la predisposizione del Programma di annuale di autosufficienza, attraverso il Sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA), sia avvenuta entro la scadenza prevista 28 febbraio (validazione entro il 30 marzo)

Allegare documentazione a riguardo.

AAE.1.2 Valutazione della variazione percentuale tra quanto rilevato nell'anno e quanto dichiarato nel programma annuale di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti relativamente alla produzione e al consumo di globuli rossi

Si procederà al calcolo dei seguenti indicatori

Indicatore di produzione: $[(A-B)/B]*100$

A= globuli rossi prodotti rilevati nell'anno

B = globuli rossi prodotti programmati nel programma annuale di autosufficienza.

Indicatore di consumo: $[(C-D)/D]*100$

C= globuli rossi consumati rilevati nell'anno

D= globuli rossi consumati programmati nel programma annuale di autosufficienza.

AAF) PERCORSO NASCITA

- *Accordo 16 dicembre 2010*, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo». (Rep. atti n. 137/CU) (G.U. Serie Generale n. 13 del 18 gennaio 2011).

Nome referente regionale _____
Telefono _____ E-mail _____

AAF.1 Attuazione Accordo 16 dicembre 2010

In relazione alle funzioni di coordinamento e monitoraggio delle attività contenute nell'Accordo del 16 dicembre 2010, che lo stesso prevede siano svolte dal Coordinamento Regionale Percorso Nascita, la Regione deve riferire sul completamento della riorganizzazione dei Punti nascita, alla luce dei dati contenuti nella tabella sotto riportata compilata a cura del Ministero della salute, nonché sulla messa a regime del Sistema Trasporto in Emergenza STAM/STEN e sul possesso di tutti gli standard previsti per i PN di I e II Livello.

AAF.1.1 Riorganizzazione dei Punti nascita regionali ai sensi dell'Accordo del 16 dicembre 2010.

Compilazione a cura del Ministero (fonte dati CEDAP e modelli NSIS HSP11 "Dati anagrafici delle strutture di ricovero" e HSP11bis "Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero").

N. di Punti Nascita attivi		N. Punti Nascita con parti <500		N. Punti Nascita con parti >=500 e <1000		N. Punti Nascita con parti >=1000	
Publici	Privati accreditati	Publici	Privati accreditati	Publici	Privati accreditati	Publici	Privati accreditati

* Per punti nascita attivi si intendono i punti nascita che hanno effettuato parti nel corso dell'anno 2016

AAF.2 Relativamente alle procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto, la Regione ha formalizzato la promozione della partoanalgesia, dando assicurazione sulla erogabilità di tale prestazione (compresa nei LEA) e definendo protocolli diagnostico-terapeutici condivisi?

Si No

In caso di risposta affermativa allegare la relativa documentazione.

AAF.3 Distribuzione dei parti e incidenza dei tagli cesarei secondo le Classi di Robson

Compilazione a cura del Ministero (fonte dati CEDAP), ai soli fini informativi

	Classi di Robson												
	1	2a	2b	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	
N. parti													
Incidenza dei parti con taglio cesareo													

AAH) CURE PRIMARIE

- il *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008* prevede "...il graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni la settimana";

- *Schema di Piano sanitario Nazionale 2011-2013* "La programmazione regionale definisce i modelli organizzativi delle cure primarie più rispondenti ai bisogni del proprio territorio e attiva, ove necessario, modelli sperimentali per i PLS, ai fini di adeguare il servizio ai nuovi bisogni [...] I principali strumenti di gestione delle cure primarie sono:

- forme organizzative, tra le quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (ACN 2009 e ACN 2010), che comprendono al proprio interno le medicine di gruppo;
- sistema di monitoraggio;
- processi d'integrazione sia a livello di coordinamento (percorsi diagnostico-terapeutici, integrazione tra ospedale e territorio, integrazione socio-sanitaria) sia a livello informatico/informativo (ACN 2009 e ACN 2010);
- formazione continua";

- *Decreto Legge n. 158/2012* (Decreto Balduzzi) "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute". Le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale anche con riferimento all'assistenza domiciliare e i servizi ospedalieri secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi nonché forme organizzative multiprofessionali denominate Unità Complesse di Cure primarie (UCCP) che erogano in coerenza con la programmazione regionale prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare le regioni disciplinano le UCCP privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata (H24) e che operano in coordinamento e collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

Nome referente regionale _____
Telefono _____ **E-mail** _____

AAH.1 Ai soli fini informativi, la Regione deve compilare la seguente tabella.

	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL n
N° UCCP (*)				
N° MMG, PLS, MSA che partecipano alle UCCP/totale MMG, PLS, MSA				
Elencare le figure professionali che collaborano nell'ambito delle UCCP (MMG, PLS, MCA, MSA, Infermieri, Altro)				
N° AFT*				
N° MMG che partecipano alle AFT/totale MMG				
N° Punto Unico d'Accesso (PUA)				
N° Postazioni/Centrali di ascolto di continuità assistenziale				
N° Ambulatorio di Continuità Assistenziale				
N° Poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base aperti nell'arco della giornata (H24) e che operano in coordinamento e collegamento con le strutture ospedaliere				
Altri servizi attivati nell'ambito dei modelli organizzativi volti a garantire la continuità assistenziale (indicare quali)				
N° Case della Salute				
N° PTA				
N° UTAP				
N° NCP				
Altri modelli organizzativi per l'erogazione dell'assistenza primaria attivati (indicare quali)				
N° p.l. effettivamente attivati in strutture residenziali dedicate quali ad esempio le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP)				
N° p.l. effettivamente attivati in "moduli dedicati" situati in altre strutture territoriali al di fuori delle SUAP				
N° persone in S.V. e S.M.C. assistite al proprio domicilio attraverso soluzioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)				

(*) Per ognuna di esse trasmettere l'atto formale di istituzione

AAJ) PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

- monitoraggio dell'erogazione dei programmi e delle attività previste come livello essenziale di assistenza (LEA) derivanti da normativa comunitaria e nazionale. Base informativa per la riprogrammazione nazionale e regionale e strumenti di monitoraggio dello stato di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli Ufficiali (PNI) e correlati Piani Regionali Integrati (*Regolamento CE 178/2002* che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare; *Regolamento CE 882/2004* relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali).

Nome referente regionale _____
Telefono _____ E-mail _____

AAJ.1 Saranno oggetto di verifica l'erogazione dei programmi e delle attività previste come Livello Essenziale di Assistenza (LEA) derivanti da normativa comunitaria e nazionale ed il sistema di monitoraggio che le Autorità Competenti hanno posto in essere per verificare il corretto svolgimento di tali programmi e il raggiungimento degli obiettivi previsti.

AAJ.1.1 Valutazione di alcuni "indicatori di performance"

Saranno oggetto di verifica gli indicatori riportati in tabella.

Compilazione a cura del Ministero

N.	Definizione	Anno 2016
1	BRUCELLOSI - PIANI DI RISANAMENTO - rispetto dei tempi di riconrollo nelle aziende con positività o in risanamento e rispetto dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio - dati rilevabili attraverso SANAN;	
2	ANAGRAFE BOVINA - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 1760/00 – livello minimo dei controlli aziende bovine: raggiungimento entro il tempo previsto dalle disposizioni nazionali della soglia del 3% di aziende bovine controllate e disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	
3	CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	
4	ENCEFALOPATIA SPONGIFORME BOVINA - reg. CE 999/2001 % dei bovini morti testati per BSE di età superiore ai 48 mesi rispetto al numero di bovini morti di età superiore ai 48 mesi registrati in BDN	
5	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	
6	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003. Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti - anni 2012-2014: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	

AAJ.1.2 Adozione delle misure appropriate a seguito dei risultati del Sistema regionale di audit (art. 4 comma 6 del Regolamento CE 882/2004). Compilare la seguente tabella

Le Autorità Competenti auditate (Aziende sanitarie) hanno adottato le misure appropriate a seguito delle risultanze emerse nel corso degli audit svolti dalla Regione ai sensi dell'art. 4 comma 6 del Reg. 882/2004?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Non completamente <input type="checkbox"/>
Nel caso in cui sia stata barrata la casella Si è necessario compilare il resto della tabella			
Data dell'audit	ASL oggetto di audit	Campo dell'audit (audit di sistema o sistema di controllo)	Data del "Piano di Azione o di altra comunicazione di natura equivalente prodotta dall'ASL(*)" o specificare "documentazione non prodotta"

(*) Allegare stralcio dei documenti.

AAJ.1.3 Attuazione del programma di audit (art. 4 comma 6 del Regolamento CE 882/2004). Compilare la seguente tabella.

La Regione ha effettuato audit ai sensi dell'art. 4 (6) del Reg. 882/2004?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nel caso in cui sia stata precedentemente barrata la casella Si è necessario compilare il resto della tabella			
Quante sono le ASL presenti in Regione?			
Quante ASL sono state oggetto di audit?			
Quanti audit ai sensi dell'art. 4 (6) del Reg. 882/2004 sono stati eseguiti nell'anno 2016? (*)			
Specificare per ciascuno degli audit svolti nel 2016 le informazioni richieste			
Campo dell'audit (audit di sistema o sistema di controllo)	ASL oggetto di audit	Data di esecuzione	

(*) Allegare documenti relativi all'esecuzione degli audit (stralcio rapporto di audit/check-list compilate)

AAJ.1.4 Verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali (Regolamento CE 882/2004 "controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali", Accordo Stato-Regioni del 7/2/2013, Rep. 46, concernente il funzionamento delle A.C. e nota Ministero della salute DGSAF n. 15372 del 16 agosto 2012 con oggetto: "Verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali ai sensi dell'articolo 8 (3) lettera a) del Regolamento CE 882/2004"). Compilare la seguente tabella.

La verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali prevista dall'art 8, paragrafo 3 del Reg. 882/2004 è stata effettuata secondo le disposizioni definite dalla Regione	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nel caso in cui sia stata precedentemente barrata la casella Si è necessario compilare il resto della tabella		
Dare evidenza dell'effettuazione dell'attività (relazioni, report, rapporti, ecc) (*) _____		

(*) Allegare documenti o stralcio dei medesimi

AAM) STANDARD PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE DEL SSN EX ART. 12, COMMA 1, lett. b), PATTO PER LA SALUTE 2010-2012

- attuazione dell'art. 12, comma 1 lett. b) dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009: "Fissazione 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, verificati in base allo standard di riferimento adottato dal Comitato LEA", per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale occorre far riferimento alle seguenti disposizioni:

- Documento approvato dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 – "Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la salute 2010-2012".
- art. 2, comma 72, legge 191/2009: "Gli enti destinatari delle disposizioni di cui al comma 71 (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 spesa previsti dal medesimo comma:
 - a) (omissis) ...
 - 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. "
- art. 2, comma 73, legge 191/2009: "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 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".
- art. 2, comma 74, legge 191/2009
- art. 17, comma 3, decreto legge 98/2011: "Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 si applicano anche in ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015".
- art. 15, comma 21, decreto legge 95/2012: "Il comma 3 dell'articolo 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 è sostituito dai seguenti:
 3. Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 si applicano anche in ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015.
 - 3-bis. Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di cui al comma 3 si provvede con le modalità previste dall'articolo 2, comma 73, della citata legge n. 191 del 2009. La regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento di tali obiettivi. In caso contrario, limitatamente agli anni 2013 e 2014, la regione è considerata adempiente ove abbia conseguito l'equilibrio economico.
 - 3-ter. Per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari o ai Programmi operativi di prosecuzione di detti Piani restano comunque fermi gli specifici obiettivi ivi previsti in materia di personale".

Nome referente regionale _____

Telefono _____ E-mail _____

AAM.1 Numero delle strutture semplici e complesse

Compilazione a cura del Ministero

Tipologia di incarico	N. Strutture regionali da Standard	Anno 2016	
		Numero strutture assegnate	Numero strutture previste
Strutture complesse ospedaliere			
Strutture complesse non ospedaliere			
Strutture semplici (incluse le strutture semplici a valenza dipartimentale)			

AAO) LINEE DI INDIRIZZO PER LA TELEMEDICINA

- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “ Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali” del 20 febbraio 2014.

Nome referente regionale _____
Telefono _____ E-mail _____

AAO.1 Per l'anno 2016 le Regioni dovranno fornire i seguenti Indicatori di performance riportati nel documento recante “ Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali” di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014

Dimensione assoluta

N. utenti seguiti/12 mesi _____

Copertura del target %

% utenti seguiti rispetto al totale di utenti affetti dalla patologia oggetto del servizio nel territorio di interesse _____

Dimensione media

N. medio di contatti/mese _____

AAQ) OBIETTIVI DIRETTORI GENERALI

- attuazione dell'articolo 10, comma 6, del Patto per la Salute 2014-2016. "Si conviene che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea stabiliti per i Direttori Generali, costituisce grave inadempimento contrattuale e comporta l'applicazione dell'art. 3 bis, comma 5 del D.lgs. 502/1992 s.m.i., con la previsione di decadenza automatica dei Direttori Generali".

Nome referente regionale _____
Telefono _____ E-mail _____

AAQ.1 La Regione deve inviare documentazione inerente a:

- contesto di riferimento: descrizione di obiettivi di salute ed assistenziali regionali ed eventuali sotto-obiettivi
- disposizioni normative regionali in attuazione dell'articolo 10, comma 6, del Patto per la Salute 2014-2016, in caso di mancato invio nel 2015.
- schemi-tipo dei contratti regionali per i nuovi incarichi, in caso di mancato invio nel 2015.