



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio X ex DGPROG – SIVeAS

VERIFICA ADEMPIMENTI LEA ANNO 2011

Marzo 2013

INDICE

Introduzione	1
Adempimenti LEA 2011	2
Esito delle valutazioni – riepilogo nazionale	32
Esito delle valutazioni – dettaglio regionale	35
Abruzzo	35
Basilicata	45
Calabria	56
Campania	67
Emilia Romagna	77
Lazio	87
Liguria	98
Lombardia	109
Marche	120
Molise	131
Piemonte	141
Puglia	151
Sicilia	162
Toscana	174
Umbria	185
Veneto	195
Allegato 1 "Obblighi informativi statistici"	205
Allegato 2 "Obblighi informativi veterinari"	210
Allegato 3 "Griglia LEA"	217

Il presente documento è stato realizzato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio X ex DGPROG – SiVeAS, Direttore Dott.ssa Lucia Lispi.

A cura di:

Dott.ssa Claudia Ruina

Dott.ssa Mariella Ryolo (ALMAVIVA)

Introduzione

Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati individuati gli adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale per gli anni 2005, 2006, 2007 e 2008. L'Intesa ha sancito l'impegno reciproco tra Stato e Regioni per garantire il rispetto del principio della uniforme erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza, coerentemente con le risorse programmate dal Servizio sanitario nazionale.

A tal fine, è stato istituito, presso il Ministero della Salute, il *Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza*, cui è affidato il compito di monitorare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, verificando che si rispettino le condizioni di appropriatezza e di compatibilità con le risorse messe a disposizione per il Servizio Sanitario Nazionale (costituito con decreto del Ministro della salute del 21 novembre 2005).

Per la valutazione annuale degli adempimenti, il Comitato predispone un Questionario, corredato di note esplicative, che è trasmesso alle Regioni tramite il Tavolo adempimenti presso il Ministero dell'economia e delle finanze, di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato Regioni. A partire dalla documentazione prodotta dalle Regioni si tengono riunioni tecniche istruttorie ai fini della certificazione o meno degli adempimenti.

A supporto delle attività di affiancamento, verifica e monitoraggio, nonché per razionalizzare l'invio della documentazione, pervenuta dalle Regioni o prodotta in fase d'istruttoria, è reso disponibile dal Ministero della Salute il sistema di gestione documentale dedicato "Si.Ve.A.S. – Gestione documenti dei Piani di rientro e del Comitato LEA", realizzato a metà del 2007 e successivamente oggetto di numerose evoluzioni, accessibile via web attraverso un comune collegamento di rete Internet.

La certificazione per quanto di competenza del Comitato Lea è presupposto per la verifica finale degli adempimenti da parte del Tavolo tecnico presso il Ministero dell'economia e delle finanze.

Il presente documento è suddiviso in sezioni; nella prima (Adempimenti LEA 2011) viene riportato l'elenco degli adempimenti oggetto di verifica per l'anno 2011, corredato della normativa di riferimento, dei criteri di valutazione e degli Uffici/Enti responsabili dell'istruttoria.

La seconda sezione (Esito delle valutazioni – riepilogo nazionale) riporta il riepilogo nazionale degli esiti, con una rappresentazione grafica di immediato impatto.

La terza sezione (Esito delle valutazioni – dettaglio regionale) riporta i risultati, distinti per Regione e per adempimento, della verifica 2011, aggiornati alla data del 28 febbraio 2013.

Si fa presente che, per quanto riguarda le Regioni sottoposte al Piano di rientro, la situazione descritta nel presente documento non è definitiva, in quanto l'istruttoria prosegue in sede di verifica trimestrale del Piano di rientro.

I tre Allegati (Allegato 1, Allegato 2 e Allegato 3) si riferiscono, rispettivamente, alle tabelle per la valutazione degli obblighi informativi statistici e veterinari e alla griglia LEA.

Adempimenti LEA 2011

c) 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).*

Criteri di valutazione

La copertura è misurata attraverso la percentuale di modelli trasmessi rispetto al numero degli attesi che deve essere uguale al 100%.

La qualità è misurata in termini di coerenza tra modelli. Verranno eseguite quattro serie di verifiche:

- 1) coerenza CE-LA: effettuata confrontando singole voci o aggregati di queste su tutti i modelli del consuntivo. La certificazione verrà riconosciuta se la coerenza è pari al 100%, con il vincolo che sui modelli 999 dei CE e LA lo scostamento del totale di ciascuna voce o aggregazione utilizzata per il controllo di coerenza non sia superiore al 2,5 % del valore iscritto nella voce CE oggetto di verifica
- 2) coerenza CE-SP: effettuata confrontando le voci di risultato d'esercizio e di variazione delle rimanenze nei modelli. La certificazione verrà riconosciuta se la coerenza è pari o superiore al 95%
- 3) coerenza interna SP: coincidenza fra attivo, passivo e netto. La certificazione verrà riconosciuta se la coerenza è pari al 100%
- 4) completezza modello LA 999: compilazione degli allegati al modello LA 999. La certificazione verrà riconosciuta solo se presenti tutti gli allegati o in caso di mancata compilazione previo invio di apposita nota di motivazione.

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria.

Statistici

- *adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001.*

Criteri di valutazione

Per ogni flusso informativo, al quale è attribuito un peso, viene valutata la copertura e la qualità dei dati. Vedi Allegato 1 "Obblighi informativi statistici".

Uffici istruttori

Ufficio II DGSISS.

Veterinari

- *adempiere agli obblighi informativi in materia di sanità veterinaria e alimenti derivanti da normativa comunitaria e nazionale.*

Criteri di valutazione

Vedi Allegato 2 "Obblighi informativi veterinari".

Uffici istruttori

DG Sanità Animale e Farmaci veterinari
DG Igiene e Sicurezza Alimenti e Nutrizione.

e) Erogazione 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).*

Criteri di valutazione

All'apposita tabella riportata nel Questionario corrisponde un punteggio che viene attribuito alla Regione mediante la griglia riportata nell'Allegato 3 "Griglia LEA". Il punteggio finale deriva da un sistema di ponderazione che tiene conto del peso di ogni indicatore e della fascia di punteggio.

Uffici istruttori

Ufficio VI DG Programmazione Sanitaria.

f) Posti letto

- *adottare, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Rispetto a tali standard è compatibile una variazione che, in ogni caso, non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2007, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica (art. 4, comma 1, lettera a) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005);*

- *le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il*

passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. A tale adempimento le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 31 dicembre 2010 e le altre Regioni entro il 30 giugno 2011.

Rispetto a tali standard e' compatibile una variazione, che non può superare il 5% in aumento fino alla definizione di una diversa misura da parte della Conferenza Stato-Regioni sulla base di un'apposita valutazione effettuata dalla Struttura tecnica di monitoraggio con il supporto dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, in relazione a condizioni demografiche relative al peso della popolazione ultrasettantacinquenne. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2011, precisando gli obiettivi intermedi per l'anno 2010, oggetto di verifica. Restano ferme eventuali minori dotazioni programmate nelle Regioni impegnate nei piani di rientro. Nei medesimi standard non e' compresa la quota di posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre Regioni, registrata nell'anno 2008, fino alla stipula dell'accordo di cui al comma 4. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 19, entro il 30 giugno 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni e' definito un Accordo per la fissazione dei principi di programmazione dei posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre Regioni (art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009).

Criteri di valutazione

L'adempimento si considera superato se la Regione:

- ha conseguito il relativo standard di dotazione dei posti letto
- ha adottato ulteriori provvedimenti di cui al comma 1 e 2 dell'art. 6 dell'Intesa del 3 dicembre 2009.

La verifica dell'adempimento di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale è effettuata con riferimento a:

- la dotazione di posti letto a gennaio 2012 mediante i modelli NSIS HSP12 e HSP13, secondo i criteri descritti nelle note di compilazione del Questionario;
- la validazione dei dati da parte della Regione secondo le procedure applicative in essere nel NSIS, finalizzata a garantire la rispondenza dei dati presenti nella banca dati NSIS all'effettiva dotazione di posti letto accreditati.

Uffici Istruttori

Ufficio II DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario

Ufficio X DG Programmazione Sanitaria.

g) Appropriately

- adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, in attuazione del punto 4.3 dell'Accordo Stato Regioni del 22 novembre 2001 (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 inappropriately, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle Province Autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente Intesa. Le Regioni e le Province Autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le Province Autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero (art. 6, comma 5 dell'Intesa Stato Regioni 3 dicembre 2009).

Criteria di valutazione

La Regione viene valutata positivamente se:

- ha conseguito una riduzione dei ricoveri diurni per le procedure elencate nell'Allegato A ed un incremento della percentuale delle prestazioni rese in regime ambulatoriale sul totale delle prestazioni che dovrebbero essere erogate in regime ambulatoriale;
- ha adottato misure disincentivanti i ricoveri ordinari per i nuovi DRG a rischio di inappropriately inclusi nell'allegato B al Patto per la salute e misure disincentivanti i ricoveri in day surgery a rischio di inappropriately inclusi nell'allegato A al Patto per la salute.

In caso di inadempienza, la Regione, per sanare la situazione, dovrà adottare una delibera che preveda misure efficaci ed applicabili già nel corso del 2012 per tutte le prestazioni di cui agli allegati A e B.

Uffici istruttori

Ufficio II DG Programmazione Sanitaria.

h) Liste d'attesa

- l'art. 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.

- art. 1, comma 282 della legge n.266/2005 che, nel quadro degli interventi per il governo dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, 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 scheda dimissione ospedaliera 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.

Criteria di valutazione

Per il 2011 l'adempimento viene valutato secondo i seguenti criteri:

- invio delle informazioni relative al Monitoraggio ex post attraverso il flusso informativo ex articolo 50 della legge 326/2003. L'adempienza viene valutata rispetto alla copertura dei campi relativi a: Primo accesso, Classi di priorità, Garanzia dei tempi massimi (Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa - dicembre 2010);
- invio al Ministero delle informazioni relative al Monitoraggio ex ante. L'adempienza viene valutata in considerazione di tutti gli elementi riportati nella scheda di rilevazione del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante (Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa – dicembre 2010), riportata nelle note di compilazione al Questionario;
- monitoraggio delle attività di ricovero. L'adempienza viene valutata rispetto alle coperture dei campi relativi a: Tipo di ricovero, Regime di ricovero, Data di prenotazione, classe di priorità, a partire dal 1° gennaio 2011 (Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa). Si procederà all'esame dei dati forniti dal competente Ufficio del Ministero;
- invio al NSIS delle informazioni circa il Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni (Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa - dicembre 2010).

Uffici istruttori

Ufficio III DG Programmazione Sanitaria

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

1) 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);

- 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”.

Criteria di valutazione

Il Ministero attraverso l'AIFA predispone la “Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica e del tetto stabilito dalla L. 222/2007 e dalla L. 102/2009.

Ai fini della valutazione dell'adempimento:

- relativamente al capitolo dell'assistenza farmaceutica territoriale si terrà conto del rispetto del tetto del 13,3% del Fabbisogno 2011. Nel caso in cui, secondo le stime comunicate da AIFA, le Regioni superino tale tetto, sulla base di quanto disposto dall'art. 5, comma 2 lettera d, Legge 222/2007, verrà verificato se la misure di contenimento della spesa farmaceutica determinano economie per un valore pari al 30% dello sfondamento rispetto al valore in corrispondenza del tetto 2011. Altre misure di contenimento della spesa farmaceutica adottate dalle Regioni, devono essere supportate dalla normativa di riferimento e deve essere specificato l'importo, come indicato nel Questionario;
- relativamente al capitolo della spesa farmaceutica ospedaliera si terrà conto del rispetto del tetto del 2,4%, sulla base di quanto contenuto nell'Art. 5, comma 5 Legge 222/2007;
- nel caso delle Regioni che hanno superato il tetto del 2,4% e/o non hanno fatto registrare un equilibrio economico complessivo, specificare le misure a carico del bilancio regionale, oppure di altre voci del bilancio che si sono rese disponibili per la copertura del disavanzo della spesa farmaceutica ospedaliera, come specificato nel Questionario;
- nel caso delle Regioni che hanno superato il tetto del 2,4% ma che, al contrario, hanno fatto registrare un equilibrio economico complessivo, ai fini dell'adempimento si fa riferimento a quanto certificato dal Tavolo adempimenti, ovvero dal Tavolo adempimenti con il Comitato LEA, in sede di verifica dell'equilibrio.

Uffici istruttori

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

Valutazione congiunta Comitato Lea - Tavolo adempimenti.

m) Conferimento dati al SIS

- Il conferimento dei dati al SIS, nei contenuti e secondo le modalità di cui al comma 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla suddetta Intesa, sulla base dei criteri fissati dalla Cabina di Regia. Restano fermi gli adempimenti relativi agli obblighi informativi di cui ai punti precedenti (art. 3, comma 6, Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

Criteri di valutazione

Per la valutazione si attribuisce un peso (da 1 a 3) al tipo di flusso in esame; si valutano inoltre (con scala di punteggio da 1 a 3) i processi di verifica e di validazione dei dati e di governo sui S.I. (Raccolta-Controlli-S.I.).

Si calcola il punteggio per ogni tipo di flusso; il range di variazione è 88 (punteggio min) - 198 (punteggio max).

Si calcola infine il grado di copertura (che definiamo g) che assume valore compreso tra 1 e 0,75 (ADEMPIENTE) e valore compreso tra 0 e 0,59 (INADEMPIENTE).

Per i seguenti casi: $0,60 \leq g \leq 0,74$ (Parzialmente Adempiente) e c (punteggio ottenuto nella griglia degli obblighi informativi) > 0 la Regione si considera ADEMPIENTE; se $0,60 \leq g \leq 0,74$ (Parzialmente Adempiente) e $c < 0$ la Regione si considera INADEMPIENTE.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

n) Contabilità analitica

- adozione di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna Azienda unità Sanitaria Locale, Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera universitaria, ivi compresi i Policlinici universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (art. 3, comma 7, Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

Criteri di valutazione

Nella valutazione si terrà conto della presenza di atti o provvedimenti finalizzati a garantire l'adozione della contabilità analitica per centri di costo e responsabilità nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Ospedaliere. La domanda, volta a conoscere se esiste un sistema di contabilità uniforme per tutte le aziende della Regione, è finalizzata ad avere garanzia di raccolta ed utilizzo a livello regionale di dati analitici aziendali.

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria.

o) Confermabilità direttori generali

- le Regioni, entro il 30 ottobre 2005, garantiscono e adottano misure specifiche dirette a prevedere che, ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore Generale alle ASL, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli IRCCS, il mancato rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi ricompresi nel NSIS costituisce grave inadempienza (art. 3, comma 8, Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

Criteri di valutazione

Nella valutazione si terrà conto della presenza di atti o provvedimenti tendenti a garantire che nei contratti dei Direttori Generali sia presente il rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ai fini della confermabilità dell'incarico.

Sarà necessario inviare copia dei contratti nei seguenti casi:

- modifiche intervenute su contratti già valutati nelle precedenti verifiche;
- contratti di nuova sottoscrizione.

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria.

p) Dispositivi medici

- avvio del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010).

Criteri di valutazione

Per l'anno 2011 non sarà oggetto di valutazione il conferimento dei dati relativi ai flussi sui consumi dei dispositivi medici. Ai fini dell'adempienza sarà pertanto valutata una relazione sulle attività considerate propedeutiche per il conferimento dei dati previsto per l'anno 2012.

Uffici istruttori

Ufficio III DG dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure

q) 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").

Criteri di valutazione

La valutazione tiene conto dei dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci presenti nel NSIS relativamente al periodo gennaio-dicembre 2011.

La Regione risulta adempiente se:

- le trasmissioni dei dati sono riferite a tutti i mesi del periodo gennaio-dicembre;
- le trasmissioni dei dati sono riferite a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto;
- il costo d'acquisto sostenuto per medicinali autorizzati al commercio in Italia – Classe A corrisponde a quanto riportato nella "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica" nella relativa riga di dettaglio.

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

r) Riduzione assistenza ospedaliera erogata

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

Criteri di valutazione

L'adempimento si intende conseguito se la Regione ha raggiunto il Tasso di Ospedalizzazione previsto dall' Intesa 23 marzo 2005.

I dati relativi al T.O. saranno acquisiti da fonte SDO.

Uffici istruttori

Ufficio X DG Programmazione Sanitaria

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).

Criteri di valutazione

La valutazione sintetica terrà conto dei seguenti punti: diffusione della valutazione multidimensionale dei disabili, adozione di procedure unificate di presa in carico del disabile, fissazione delle quote a carico delle ASL e dei Comuni per tutte le tipologie di assistenza, completezza e congruità dei dati forniti dalle tabelle riportate nel Questionario 2011.

Alle diverse voci viene attribuito il seguente punteggio:

- Valutazione Multidimensionale: 20 punti
- Ripartizione degli oneri: 25 punti
- Tabelle: 36 punti + 1 punto se c'è coerenza con la griglia LEA (indicatore su % anziani > 65 aa).

La Regione si considera inadempiente se non raggiunge il punteggio totale di 70/82 e, comunque, se non raggiunge i seguenti punteggi nelle tre sezioni:

- Valutazione multidimensionale: 15 punti
- Ripartizione degli oneri: 20 punti
- Tabelle: 27 punti.

Uffici istruttori

Ufficio II DG Programmazione Sanitaria.

t) Tariffe ospedaliere

- stabilire nella definizione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, un valore soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari nei reparti di lungo degenza, oltre il quale si applica una significativa riduzione della tariffa giornaliera, fatta salva la garanzia della continuità dell'assistenza. In fase di prima applicazione fino all'adozione del relativo provvedimento regionale, il valore soglia è fissato in un massimo di 60 giorni di degenza, con una riduzione tariffaria pari ad almeno il 30% della tariffa giornaliera piena (art. 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005);

Criteri di valutazione

La verifica è volta ad accertare se nell'anno 2011 la Regione abbia adottato provvedimenti che abbiano modificato quanto previsto dall'articolo 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005.

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria.

u) Piano nazionale della 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 dell'Intesa 23 marzo 2005,

coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale (art. 4, comma 1, lettera e) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005);

- l'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);

- l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009, in vista della prossima emanazione del nuovo Piano, 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;

- l'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010, che adotta il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 (PNP), prevede che la Direzione operativa del CCM certifichi l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dal PRP;

- Intesa Stato-Regioni concernente il "Documento per la valutazione dei Piani regionali della prevenzione 2010 - 2012". Rep. n.29/CSR del 10/02/2011.

Criteri di valutazione

L'Intesa Stato Regioni del 29 aprile 2010, che adotta il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 (PNP), prevede che la Direzione operativa del CCM certifichi l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai Piani Regionali di Prevenzione (PRP) ai fini dell'erogazione delle somme vincolate al raggiungimento degli obiettivi di Piano (ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della Legge 7 dicembre 1996. n. 66 e successive integrazioni) e che, a tal fine, le Regioni trasmettano annualmente alla medesima Direzione idonea documentazione. Criteri e modalità della valutazione finalizzata alla certificazione sono esplicitati nel "Documento per la valutazione dei Piani Regionali di prevenzione 2010-2012" adottato con Intesa Stato-Regioni (seduta del 10 febbraio 2011). Oggetto di valutazione saranno lo stato di avanzamento nell'attuazione degli interventi programmati nei PRP e i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi dichiarati.

Uffici istruttori

Ufficio IX DG Prevenzione.

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 art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (art. 4, comma 1, lettera f) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005).

Criteri di valutazione

Ai fini della valutazione dell'adempimento in materia di Formazione Continua, si considerano essenziali i criteri che di seguito si riportano:

1. Adozione Piano Formazione Continua Regionale;
2. Accredimento provider regionale. Documento contenente le attività avviate (propedeutiche) per l'accREDITamento dei Provider regionali;
3. Comunicazione alla Commissione Nazionale Formazione Continua dei criteri utilizzati ai fini dell'accREDITamento eventi e/o Provider regionale ECM con l'indicazione del sito utenza e password (attive) per la verifica;
4. Descrizione dello stato di attuazione del programma ECM regionale: numero di eventi formativi e/o di progetti formativi aziendali realizzati nel 2011 e/o il numero di Provider regionali, indicazione dell'ente accREDITante regionale e dei relativi recapiti;
5. Indicazione delle risorse finanziarie utilizzate dalla Regione in favore delle Aziende del SSN nel 2011 per la Formazione continua dei dipendenti e convenzionati del SSN e quella rivolta ad altri professionisti sanitari;
6. Trasferimento dei report contenenti i dati anagrafici dei partecipanti e i crediti formativi attribuiti agli eventi formativi e ai progetti aziendali, al Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie (Co.Ge.A.P.S.) (Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009);
7. Istituzione Osservatorio Regionale (Accordo Stato - Regioni del 05/11/2009).

La Regione si considera adempiente se soddisfa i suddetti criteri.

Sono stati eliminati i criteri relativi a: Delibera di Istituzione del sistema di Formazione Continua e Istituzione Commissione/Consulta Continua in Medicina.

Uffici istruttori

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS).

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 l) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005).

Criteri di valutazione

La valutazione terrà conto del recepimento degli accordi Stato-Regioni riportati nel Questionario e del livello di diffusione presso le Aziende della Regione.

Uffici istruttori

Ufficio X DG Programmazione Sanitaria.

x) Implementazione percorsi diagnostico-terapeutici

- *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. 4, comma 1, lettera g) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005);*
- *all'articolo 1, comma 28, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, sono apportate le seguenti modificazioni: il secondo periodo e' sostituito dal seguente: "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 Legge 27.12.2006 n° 296);*
- *Intesa Stato-Regioni 28 ottobre 2010 (Punto 3 del PNGLA) contempla la definizione dei PDT afferenti l'area cardiovascolare ed oncologica;*
- *Linee Guida per il monitoraggio dei PDT complessi - giugno 2011.*

Criteria di valutazione

Per il 2011 la valutazione terrà conto di :

- *presenza di documentazione attestante il monitoraggio dell'implementazione delle Linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che territoriale;*
- *elenco delle strutture dove viene condotto il monitoraggio nell'anno 2011;*
- *stato di implementazione del monitoraggio dei PDT complessi previsto dalle Linee guida nazionali – giugno 2011.*

Uffici istruttori

Ufficio III DG Programmazione Sanitaria.

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, 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 3.12.2009 concernente il nuovo Patto della salute per gli anni 2010-2012).

Criteri di valutazione

La valutazione avverrà previa verifica del "provvedimento ricognitivo" dei LEA aggiuntivi previsto dall'art 4 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012. Nel provvedimento ricognitivo dovrà essere indicata la norma di riferimento, lo specifico capitolo di bilancio e l'importo del finanziamento.

Uffici istruttori

Ufficio II DG Programmazione Sanitaria.

ac) Edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico

- ai fini dell'applicazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 188, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, si conviene che per le Regioni che alla data del 1° gennaio 2005 abbiano ancora in corso di completamento il proprio programma di investimenti in attuazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, sia fissata al 15% la quota minima delle risorse residue da destinare al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, salvo la dimostrazione da parte delle Regioni di avere già investito risorse per l'ammodernamento tecnologico (articolo 10, comma 1 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005)

- le risorse residue di cui al comma 1 sono quelle risultanti dalla differenza tra le risorse complessivamente assegnate e le risorse già finalizzate a specifici interventi, compresi in Accordi di programma già sottoscritti e per i quali, al momento dell'entrata in vigore della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, sia già avvenuta l'emanazione del decreto dirigenziale del Ministero della salute di ammissione al finanziamento, ovvero sia già stata formalmente commissionata la progettazione da parte della Regione interessata (art. 10, comma 2 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

Criteri di valutazione

La Regione deve trasmettere al Comitato Lea una relazione descrittiva, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 1, comma 188, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, degli interventi di potenziamento ed ammodernamento tecnologico ai quali sono state destinate almeno il 15% delle risorse a disposizione. A tale fine, si è convenuto con l'articolo 10 dell'Intesa del 23 marzo 2005 che le risorse residue sono quelle risultanti dalla differenza tra le risorse complessivamente assegnate e le risorse già finalizzate a specifici interventi.

Uffici istruttori

Ufficio VII DG Programmazione Sanitaria.

ah) Accredитamento 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 del 3 dicembre 2009. Verifica dell'avvenuto passaggio al regime dell'accreditamento Istituzionale come previsto dall'art. 1 comma 796 della Legge 296/06 Finanziaria 2007.
- Legge n. 191 del 23 dicembre 2009, Art. 2 comma 100. 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".
- Legge 26 febbraio 2010, n. 10, Art. 1 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".

Criteri di valutazione

Verrà verificato che:

- il provvedimento di rilascio dell'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture ospedaliere ed ambulatoriali private sia subordinato all'effettuazione delle verifiche in loco;
- sia stato avviato l'iter per il passaggio all'accreditamento istituzionale definitivo delle altre strutture sanitarie private (diverse da quelle ambulatoriali ed ospedaliere), in considerazione del termine previsto dall'articolo 1, comma 796, della Legge n. 296/2006 e successive modificazioni;
- sia stato avviato l'iter per il passaggio all'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sociosanitarie private in considerazione del termine previsto dall'articolo 1, comma 796, dalla Legge n. 296/2006 e successive modificazioni.

Uffici Istruttori

Ufficio III DG Programmazione Sanitaria.

a) Sperimentazioni ed innovazioni gestionali

- le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano trasmettono ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari regionali - copia dei programmi di sperimentazione aventi ad oggetto i nuovi modelli gestionali adottati sulla base dell'articolo 9-bis del D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, e successive modificazioni, ovvero sulla base della normativa regionali o provinciale disciplinante la materia. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano trasmettono annualmente ai predetti Ministeri, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari regionali, una relazione sui risultati conseguiti con la sperimentazione, sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi (art. 3, comma 7 del Decreto Legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito con modificazioni nella Legge 16 novembre 2001 n. 405).

Criteri di valutazione

Al fine della valutazione dell'adempimento dovrà essere compilata la scheda di rilevazione presente nel Questionario, indicando i programmi autorizzati, in corso o conclusi al 31.12.2011, oltre ad indicare se la Regione ha legiferato in materia di sperimentazioni gestionali per modificare i criteri definiti dall'art. 9-bis del D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502.

Inoltre, dovranno essere allegati copia dei Programmi di sperimentazione aventi ad oggetto i nuovi modelli adottati, ogni Provvedimento normativo richiesto nella scheda di rilevazione e la Relazione annuale di verifica sui risultati conseguiti, che dovrà tener conto dei criteri di garanzia (mantenimento e/o miglioramento dei livelli uniformi di assistenza) e di convenienza (benefici economici, organizzativi, gestionali).

Uffici Istruttori

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS).

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).

In data 23 Marzo 2011 è stato sancito l'Accordo fra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano 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.

Criteri di valutazione

Per quanto riguarda l'approvazione/aggiornamento del Piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, trattandosi di un adempimento programmatico, è indispensabile l'assunzione dell'atto. Rispetto alla regolamentazione del service di laboratorio, facendo riferimento all'Accordo 23/03/2011, la mancata informazione non costituisce motivo di inadempienza.

Relativamente alla medicina di laboratorio, trattandosi di elementi attuativi e qualitativi delle realtà regionali, nella verifica si terrà conto della completezza delle risposte ai quesiti, considerando che tutte le informazioni che riguardano il Piano di Riorganizzazione saranno valutate coerentemente agli impegni assunti nel Piano stesso.

Uffici Istruttori

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS).

al) Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro

- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17 dicembre 2007 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.

Criteri di valutazione

Saranno valutati positivamente gli interventi adottati o programmati in rapporto alle risorse umane, nel duplice aspetto del potenziamento qualitativo (corsi di formazione, attività connesse alla cultura della sicurezza, etc.) e quantitativo (integrazione organico, potenziamento unità di personale/ operatori tecnici ecc.). Coerentemente con gli obiettivi di razionalizzazione degli interventi individuati dal "Patto per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" (DPCM 17 dicembre 2007), saranno considerate altresì le misure riferite alle risorse strumentali.

Ai fini della valutazione si terrà conto inoltre delle risposte delle Regioni in merito al raggiungimento del valore soglia programmato di almeno il 5% delle aziende controllate rispetto al numero totale delle aziende, anche in rapporto agli specifici "obiettivi di qualità" individuati per ciascuna Regione sulla base dei parametri fissati dal PN Edilizia e PN Agricoltura.

Uffici istruttori

Ufficio II DG Prevenzione.

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

- art. 1 comma 1 Decreto Ministeriale del 10 dicembre 2009. In attuazione dell'art. 79, comma 1-septies, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, il presente decreto definisce i parametri mediante i quali le Regioni individuano le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti Schede di Dimissione Ospedaliera.

Criteri di valutazione

La valutazione terrà conto delle modalità operative di controllo messe in atto dalle Regioni sia in termini quantitativi sia organizzativi, alla luce delle disposizioni previste dall'art. 79, comma 1 septies del decreto legge 112 del 25 giugno 2008, convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2008 n. 133. In particolare si effettuerà un'analisi della percentuale di cartelle cliniche controllate, delle modalità operative di controllo effettuate e della tipologia di erogatori controllati.

Inoltre, con l'introduzione del DM 10 dicembre 2009 relativo alle attività di controllo sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza, le Regioni saranno valutate sui contenuti del report previsto dall'art.3, comma 4, che le Regioni sono tenute ad inviare entro il 30 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento. Nel report saranno oggetto di valutazione la metodologia adottata per i controlli (scelta del riferimento, metodologia di standardizzazione, metodologia di raggruppamento dei ricoveri), la tipologia di prestazioni identificate come ad alto rischio di inappropriatazza, il numero dei controlli effettivamente eseguiti per ciascun erogatore,

la metodologia utilizzata per il riscontro di qualità ed appropriatezza delle cartelle cliniche, i protocolli di valutazione adottati e le conseguenti misure adottate.

Uffici istruttori

Ufficio VI DG Programmazione Sanitaria.

an) Assistenza protesica

- verificare la spesa per l'erogazione dell'assistenza protesica. Nell'anno 2008, a livello nazionale e in ogni singola regione, la spesa per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica relativa ai dispositivi su misura di cui all'elenco 1 allegato al regolamento di cui al Decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332, non può superare il livello di spesa registrato nell'anno 2007 incrementato del tasso di inflazione programmata. Al fine di omogeneizzare sul territorio nazionale la remunerazione delle medesime prestazioni, gli importi delle relative tariffe, fissate quali tariffe massime dall'art. 4 del Decreto del Ministro della salute 12 settembre 2006, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 289 del 13 dicembre 2006, sono incrementati del 9 per cento (art. 2 comma 380 Legge 24 dicembre 2007 n. 244).

Criteria di valutazione

Ai sensi dell' art. 2 comma 380 legge 24 dicembre 2007 n. 244 è previsto che "a livello nazionale e in ogni singola Regione, la spesa per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica relativa ai dispositivi su misura di cui all'elenco 1 allegato al regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332, non può superare il livello di spesa registrato nell'anno 2007 incrementato del tasso di inflazione programmata". La verifica sarà effettuata sulle certificazioni inviate dalle Regioni contenenti il seguente dettaglio della spesa 2010:

- a) spesa per la fornitura dei dispositivi di cui all'elenco 1 allegato al D.M. n. 332/1999;
- b) spesa per la fornitura dei dispositivi di cui agli elenchi 2 e 3 allegati al D.M. n. 332/1999;
- c) spesa totale per assistenza protesica ex D.M. n. 332/1999 (a + b).

L'adempienza verrà riconosciuta solo in presenza della coincidenza del valore di cui alla lettera c) con quello riportato nell'apposita voce L20700 del modello LA consolidato regionale (999) a consuntivo 2010, limitatamente alle colonne dei "consumi sanitari" e dei costi delle "prestazioni sanitarie". In caso contrario, l'adempienza verrà concessa solo se la Regione ha motivato in maniera esaustiva la discordanza tra i valori, tenuto conto che il criterio di contabilizzazione della voce relativa all'assistenza protesica nel modello LA non è ancora uniforme sul territorio nazionale.

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria.

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.

Criteri di valutazione

Il DM 43 del 22.02.2007 fissa un sistema di otto indicatori per il monitoraggio dell'assistenza palliativa erogata presso gli hospice e presso il domicilio, e per ciascuno di questi indicatori i valori standard che le Regioni avrebbero dovuto raggiungere entro l'anno 2011. Per valutare se la Regione è adempiente o meno si terrà conto di tutti e otto gli standard.

Uffici istruttori

Ufficio XI DG Programmazione Sanitaria.

ap) Sanità 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 concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1 aprile 2008. Rep. n. 84/CU del 26 novembre 2009;

- Accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sancito il 26 novembre 2009 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".

Criteri di valutazione

La valutazione sarà positiva nel caso in cui la Regione dimostri di aver adottato nel corso del 2011 iniziative significative in tutte le tre aree interessate dalle domande (locali, dimissioni internati in OPG, minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria).

Le Regioni a statuto speciale si considerano adempienti se hanno risposto affermativamente alla domanda del Questionario relativa alla predisposizione del disegno di legge 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.

Uffici Istruttori

Ufficio II DG Programmazione Sanitaria.

ar) 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").

Criteri di valutazione

La valutazione terrà conto dei dati relativi ai consumi ospedalieri dei medicinali presenti nel NSIS relativamente al periodo gennaio-dicembre 2011.

La Regione risulta adempiente se:

- le trasmissioni dei dati sono riferite a tutti i mesi del periodo gennaio-dicembre;
- le trasmissioni dei dati sono riferite a tutte le aziende sanitarie.

Uffici Istruttori

Ufficio IV DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

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);

- 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);

- *Raccomandazione ministeriale n. 7 (marzo 2008) per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;*
- *Farmacopea XI edizione;*
- *Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria, Ministero della Salute;*
- *OMS: Safe Surgery.*

Criteria di valutazione

Ai fini della valutazione si terranno in considerazione i seguenti aspetti:

- l'emanazione a livello regionale di un provvedimento formale indirizzato alle Aziende sanitarie per l'attuazione della centralizzazione dei farmaci antiblastici, anche sulla base della Raccomandazione ministeriale n. 7 (marzo 2008) per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
- l'emanazione a livello regionale di un provvedimento formale indirizzato alle Aziende sanitarie per l'adozione della Scheda unica o Foglio unico di terapia, anche sulla base della citata Raccomandazione ministeriale n. 7 per la prevenzione degli errori in terapia;
- la presenza di un Rapporto di monitoraggio sull'adozione della checklist chirurgica;
- l'emanazione di indicazioni fornite dalle Regioni in merito alla gestione dei costi assicurativi.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Programmazione Sanitaria.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

- *Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli enti del SSN;*
- *Articolo 1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006) : "con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura, degli Istituti Zooprofilattici e delle Aziende ospedaliere universitarie";*
- *Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009;*
- *Articolo 2 legge 31 dicembre 2009, n. 196 "Legge di contabilità e finanza pubblica" in materia di delega al Governo per l'adeguamento dei sistemi contabili;*
- *Schema di decreto interministeriale del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze in materia di certificabilità dei bilanci sanitari, adottato ai sensi dell'articolo 11 del Patto per la Salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009. In particolare l'articolo 3 comma 1 prevede che:*
 - *c1: "Entro il 30 settembre 2012 le Regioni presentano un programma d'azione definito Percorso Attuativo della Certificabilità, i cui requisiti sono stabiliti con le modalità di cui al comma 5, finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali*

necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci degli Enti di cui all'articolo 2, comma 1, nonché dei bilanci sanitari regionali consolidati."

- c4: "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.

Criteri di valutazione

La Regione deve trasmettere un documento contenente il Percorso attuativo della Certificabilità.

Lo schema di decreto interministeriale del Ministero della salute prevede che, entro il 30 settembre 2012, le Regioni presentino un programma d'azione definito Percorso Attuativo della Certificabilità, i cui requisiti sono stabiliti con le modalità definite da apposito decreto ministeriale di prossima emanazione. La finalità del suddetto Percorso, è rappresentata dal raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci degli Enti di cui all'articolo 2, comma 1, nonché dei bilanci sanitari regionali consolidati.

Il percorso attuativo deve contenere requisiti comuni a tutte le Regioni, e il raggiungimento dello stesso potrà avvenire anche in tempi differenziati, che tengano conto anche degli esiti della verifica dell'adempimento connesso alla valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili, di cui all'articolo 11, del citato Patto per la Salute 2010-2012.

Uffici istruttori

Ufficio IV DG Programmazione Sanitaria.

au) Sistema CUP

- recepimento delle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

Criteri di valutazione

Le Linee Guida, predisposte dal Ministero della salute in stretta collaborazione con le Regioni, rispondono all'esigenza di attuare un'azione di raccordo, volta a definire utili indirizzi per lo sviluppo e l'armonizzazione dei Sistemi CUP a livello nazionale, grazie alla quale rendere disponibile una visione completa e pienamente integrata della rete di offerta dei servizi sanitari ed offrire un servizio migliore ai cittadini, accrescendone la capacità di scelta e riducendo i tempi medi di attesa per l'erogazione delle prestazioni richieste.

Le Linee Guida disciplinano le modalità di articolazione del Sistema CUP, prestano attenzione anche agli aspetti di tipo funzionale, tra cui la gestione della prenotazione delle prestazioni sanitarie in "circularità", cioè tramite tutti i punti d'accesso del Sistema CUP, indifferentemente dall'appartenenza ad una specifica azienda sanitaria, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto per quella tipologia di prestazione per i propri assistiti.

Per l'adempienza si valuterà l'invio al NSIS di documentazione che attesti l'adozione di specifici provvedimenti di recepimento delle linee guida nazionali CUP per la riorganizzazione e/o realizzazione del sistema CUP.

Si precisa che nel caso in cui la Regione abbia già inviato per l'anno 2010 la documentazione di recepimento delle linee guida CUP o non siano intervenuti aggiornamenti in merito non è necessario compilare tale punto.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

av) Acquisizione dati di 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").

Criteri di valutazione

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'emergenza-urgenza presenti nel NSIS in termini di disponibilità e completezza relativamente all'anno 2011.

L'adempienza della Regione sarà valutata tenendo conto del valore complessivo attribuito ai singoli elementi con i seguenti pesi:

- disponibilità del dato (peso 0,2);
- completezza territoriale (peso 0,5);
- completezza dei contenuti informativi (peso 0,3).

Il valore soglia per il giudizio di adempienza sarà definito sulla base dei valori ottenuti dalle singole Regioni e comunque non potrà essere inferiore al 50% del valore complessivo sopra descritto.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

aw) Acquisizione dati di 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").

Criteri di valutazione

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'assistenza domiciliare nel NSIS in termini di disponibilità e completezza relativamente all'anno 2011.

L'adempienza della Regione sarà valutata tenendo conto del valore complessivo attribuito ai singoli elementi con i seguenti pesi:

- disponibilità del dato (peso 0,2);
- completezza territoriale (peso 0,5);
- completezza dei contenuti informativi (peso 0,3).

Il valore soglia per il giudizio di adempienza sarà definito sulla base dei valori ottenuti dalle singole Regioni e comunque non potrà essere inferiore al 50% del valore complessivo sopra descritto.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

ax) Acquisizione dati di 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").

Criteri di valutazione

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'assistenza residenziale e semiresidenziale nel NSIS in termini di disponibilità e completezza relativamente all'anno 2011.

L'adempienza della Regione sarà valutata tenendo conto del valore complessivo attribuito ai singoli elementi con i seguenti pesi:

- disponibilità del dato (peso 0,2);
- completezza territoriale (peso 0,5);
- completezza dei contenuti informativi (peso 0,3).

Il valore soglia per il giudizio di adempienza sarà definito sulla base dei valori ottenuti dalle singole Regioni e comunque non potrà essere inferiore al 50% del valore complessivo sopra descritto.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza 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").

Criteri di valutazione

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'assistenza per la salute mentale nel NSIS in termini di disponibilità e completezza relativamente all'anno 2011.

L'adempimento della Regione sarà valutata tenendo conto del valore complessivo attribuito ai singoli elementi con i seguenti pesi:

- disponibilità del dato (peso 0,2);
- completezza territoriale (peso 0,5);
- completezza dei contenuti informativi (peso 0,3).

Il valore soglia per il giudizio di adempimento sarà definito sulla base dei valori ottenuti dalle singole Regioni e comunque non potrà essere inferiore al 50% del valore complessivo sopra descritto.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

aac) Acquisizione dati relativi alla 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").

Criteri di valutazione

La valutazione tiene conto dei dati relativi all'assistenza per la dipendenza da sostanze stupefacenti nel NSIS in termini di disponibilità e completezza relativamente all'anno 2011.

L'adempimento della Regione sarà valutata tenendo conto del valore complessivo attribuito ai singoli elementi con i seguenti pesi:

- disponibilità del dato (peso 0,2);
- completezza territoriale (peso 0,5);
- completezza dei contenuti informativi (peso 0,3).

Il valore soglia per il giudizio di adempimento sarà definito sulla base dei valori ottenuti dalle singole Regioni e comunque non potrà essere inferiore al 50% del valore complessivo sopra descritto.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

- recepimento delle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011.

Le Linee Guida, predisposte dal Ministero della salute in stretta collaborazione con le Regioni, rispondono all'esigenza di attuare un'azione di raccordo, volta a definire utili indirizzi per lo sviluppo e l'armonizzazione dei Sistemi FSE.

Le stesse rappresentano il riferimento unitario nazionale per la realizzazione di Sistemi FSE, ed individuano gli elementi di riferimento necessari per una coerente progettazione ed impiego di tali sistemi nell'ambito del SSN e del più ampio contesto europeo.

Criteria di valutazione

Per l'adempimento si valuterà l'invio di documentazione che attesti l'adozione di specifici provvedimenti di recepimento delle Linee guida nazionali di cui all'Intesa 10 febbraio 2011.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

aae) Attività 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";
- 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);
- Decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191, recante "Attuazione della direttiva 2004/23/CE sulla definizione di norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani";
- Accordo Stato Regioni del 25 marzo 2009 di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009 (Interventi per le Biobanche);
- Accordo Stato Regioni del 29 ottobre 2009 recante "Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi per l'esercizio delle attività sanitarie delle banche di sangue da cordone ombelicale";
- Accordo Stato Regioni del 20 aprile 2011 su Linee guida per l'accreditamento delle Banche di Sangue da cordone ombelicale (SCO) (ai sensi articolo 6, comma 1, del Decreto legislativo 191/2007);
- Accordo del 13 ottobre 2011 sul documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle strutture regionali coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali".

Criteria di valutazione

La valutazione terrà conto della documentazione e/o relazioni prodotte per l'adeguamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta ai requisiti previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, tenendo conto che il raggiungimento della completa conformità richiede un tempo di adeguamento.

La Regione sarà valutata positivamente qualora abbia un numero di valutatori formati ed inseriti nell'elenco nazionale, pari ad almeno l'80% dei posti resi disponibili dal CNS a favore della Regione stessa.

La valutazione terrà conto della presentazione da parte della Regione, entro il 31 maggio 2012, di un documento programmatico che espliciti la composizione dei team di verifica e i piani per l'effettuazione delle visite di verifica dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta, e il relativo cronoprogramma fino al 31 dicembre 2014.

Per quanto riguarda le caratteristiche e le funzioni delle Strutture Regionali di Coordinamento (SRC), la Regione sarà valutata positivamente se viene allegata documentazione relativa almeno ai punti a), b), c), d), h) del Questionario.

La valutazione ai fini dell'adempimento si basa inoltre sulla produzione di documentazione e/o relazioni relative all'adeguamento ai requisiti minimi e alla definizione dei rapporti tra i punti nascita e una o più banche di SCO di riferimento, situate in altre Regioni.

Uffici istruttori

Ufficio VIII DG Prevenzione.

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).

L'Accordo prevede l'istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita ed un'analoga funzione dovrà essere attivata a livello di ogni singola Regione e Provincia Autonoma, nonché a livello di ogni struttura sanitaria, sulla base dell'organizzazione regionale.

Criteri di valutazione

La valutazione terrà conto dei seguenti punti:

- costituzione del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) tramite copia del provvedimento;
- elenco dei punti nascita chiusi e di quelli vigenti con il relativo bacino d'utenza e le strategie adottate per il trasporto in emergenza urgenza sia della partoriente (STEM) che del neonato (STAN);
- motivazioni delle deroghe rispetto a quanto previsto dall'Accordo.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Programmazione sanitaria.

aag) Emergenza-urgenza

- Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 prevede che "...il sistema dell'Emergenza sanitaria è formato da una fase di allarme assicurata dalla Centrale Operativa alla quale affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico "118" e da due fasi di

risposta, quella Territoriale costituita da idonei mezzi di soccorso distribuiti sul territorio, e quella Ospedaliera costituita dalla rete degli ospedali sede di P.S. e di DEA di I e II livello”.

- Schema di Piano sanitario Nazionale 2011-2013: “La normativa vigente individua come riferimento della Centrale operativa 118 un bacino di utenza almeno provinciale, ma si può prevedere un territorio di competenza sovra provinciale, come già realizzato in alcune regioni, o regionale, laddove la popolazione residente non raggiunga il milione di abitanti, ad eccezione delle aree metropolitane. I modelli individuati a livello regionale per il coordinamento delle attività in emergenza-urgenza devono tendere a privilegiare modelli organizzativi aperti che perseguano l’integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali in una logica a rete sotto tutti gli aspetti. In particolare risulta fondamentale il raccordo tra il Sistema dell’emergenza-urgenza ed il Servizio di continuità assistenziale per fornire una risposta appropriata alla richiesta di assistenza ritenuta “urgente” o nell’ambito del Pronto soccorso ospedaliero o del servizio territoriale, in relazione alla complessità clinica del caso. Per il raggiungimento di questo obiettivo si può valutare l’opportunità di istituire un nuovo livello di assistenza, a cavaliere tra l’Assistenza distrettuale e l’Assistenza ospedaliera, denominato “Assistenza sanitaria urgente”.

- Schema di Piano sanitario Nazionale 2011-2013: “Devono essere favoriti e implementati i rapporti con le altre istituzioni che a diverso titolo sono coinvolte nella gestione delle emergenze anche alla luce dell’imminente istituzione del Numero unico di emergenza 112 previsto dalla Comunità europea, anche mediante incontri e procedure condivise.

Sul versante ospedaliero e’ necessario: promuovere la diffusione della metodologia del triage ospedaliero, individuando un modello da adottare a livello nazionale e individuando sistemi di informazione all’utenza sui tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde); allestire percorsi alternativi al P. S. con l’eventuale istituzione di ambulatori gestiti da medici di medicina generale che garantiscono una risposta sanitaria a problematiche non di emergenza-urgenza possibilmente 24ore/24, con la possibilità di usufruire in tempo reale delle consulenze specialistiche; attivare l’Osservazione breve (OB) da contenere di norma entro le 24 ore dalla presa in carico, quale strumento ritenuto indispensabile per ridurre ricoveri e dimissioni improprie. Al fine di garantire la continuità dell’assistenza in emergenza di fondamentale importanza è la realizzazione o il completamento della rete delle patologie acute ad alta complessità assistenziale, Sindrome Coronarica Acuta, Ictus, Trauma, Urgenze Pediatriche ed Ostetrico-Ginecologiche. Non da trascurare, infine, è la domanda in emergenza urgenza pediatrica che, presentando caratteristiche cliniche ed epidemiologiche peculiari, necessita di risposte specifiche e adeguate”.

Criteria di valutazione

Ai fini dell’adempimento per l’anno 2011 si valuteranno le azioni poste in essere dalla Regione sulla tematica in base alla relazione trasmessa.

Uffici Istruttori

Ufficio V DG Programmazione sanitaria.

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.*

Criteri di valutazione

Ai fini dell’adempienza per l’anno 2011 si valuteranno le azioni poste in essere dalla Regione sulla tematica in base alla relazione trasmessa.

Uffici istruttori

Ufficio V DG Programmazione sanitaria.

aa) Riabilitazione

- costituire un sistema di interrelazioni tra servizi e operatori volto a rispondere in maniera coordinata e continuativa alle molteplicità dei bisogni espressi dalle persone disabili e che prevede la possibilità di procedere ad una rielaborazione delle linee guida ministeriali per le attività di riabilitazione approvate con l’Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni del 7 maggio 1998 (PSN 2006-2008);

- Accordo Stato-Regioni 10 febbraio 2011 concernente “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).

Criteri di valutazione

Per l’anno 2011 saranno oggetto di valutazione solo l’avvenuto recepimento dell’Accordo e la diffusione alle aziende sanitarie degli elementi previsti nello stesso.

Uffici istruttori

Ufficio II DG Programmazione sanitaria.

Esito delle valutazioni – riepilogo nazionale

	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
c) Obblighi inform. economici	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI con con impegno	SI	SI	SI	SI
c) Obblighi inform. statistici	SI con con impegno	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI con con impegno	SI con con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI
c) Obblighi inform. veterinari	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
e) Mantenimento erogazione dei LEA	SI con con impegno	SI	SI con con impegno	SI con con impegno	SI	SI con con impegno	SI con con impegno	SI	SI	SI con con impegno	SI	SI con con impegno	SI con con impegno	SI	SI	SI
f) Posti letto	SI	SI con con impegno	SI con con impegno	SI con con impegno	SI	SI con con impegno	SI con con impegno	SI	SI con con impegno	SI con con impegno	SI con con impegno	SI con con impegno	SI con con impegno	SI	SI	SI
g) Appropriatezza	SI con con impegno	SI	SI con con impegno	SI	SI	SI	SI con con impegno	SI con con impegno	SI	SI con con impegno	SI con con impegno	SI	SI	SI	SI con con impegno	SI
h) Liste d'attesa	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI con con impegno	SI con con impegno	SI	SI	SI con con impegno	SI con con impegno	SI
i) Controllo spesa farmaceutica	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta	Valutaz. congiunta
m) Conferimento dati al SIS	SI	SI	SI con con impegno	SI	SI	SI con con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
n) Contabilità analitica	SI con con impegno	SI	SI con con impegno	SI	SI	SI con con impegno	SI	SI	SI con con impegno	SI con con impegno	SI	SI	SI con con impegno	SI	SI	SI
o) Confermabilità D.G.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
p) Dispositivi medici	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
q) Distrib. diretta farmaci c. A	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con con impegno
r) Riduzione assist. ospedaliera erogata	SI	SI	SI	SI con con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI con con impegno	SI	SI con con impegno	SI	SI	SI	SI
s) Assistenza domic. e residenziale	SI con con impegno	SI con con impegno	SI con con impegno	SI	SI	SI con con impegno	SI	SI	SI con con impegno	SI con con impegno	SI	SI con con impegno	SI con con impegno	SI	SI con con impegno	SI

	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
t) Tariffe ospedaliere	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
u) Piano Nazionale Prevenzione	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
v) Piano nazionale agg. personale	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
w) Accordi successivi al DPCM 29.11.2001	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI
x) Impl. percorsi diagnostico terapeutici	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI
y) LEA aggiuntivi	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	SI	SI
ac) Edilizia sanitaria	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ab) Accredittamento istituzionale	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aj) Sperimentazioni gestionali	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ak) Riorganizz. rete laboratori	SI	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	SI
al) tutela della salute luoghi di lavoro	SI con impegno	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
am) Controllo cartelle cliniche	SI	SI con impegno	NO	NO	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI con impegno	SI	SI
an) Assistenza protesica	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno
ao) cure palliative	SI con impegno	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ap) Sanità penitenziaria	SI	SI con impegno	NO	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI
ar) Consumi ospedalieri dei medicinali	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI
as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti	SI con impegno	SI	SI con impegno	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI

	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
aa) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile
aa) Sistema CUP	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
av) Acquisizione dati di assistenza in emergenza	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI
aw) Acquisizione dati di assistenza domiciliare	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI
ax) Acquisizione dati di assistenza residenziale e semiresidenziale	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI
aa) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	SI
aa) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aa) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI con impegno	SI	NO	SI	SI con impegno	SI	SI	SI
aa) Attività trasfugionale	SI con impegno	SI	SI	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aa) Percorso nascita	SI con impegno	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI
aa) Emergenza-urgenza	SI	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI con impegno	SI con impegno	SI con impegno	SI con impegno	SI
aa) Cure primarie	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
aa) Riabilitazione	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI con impegno	SI	SI	SI a condizione



c) Obblighi informativi

Economici

INADEMPIENTE

Nel sistema informativo NSIS sono presenti alcune criticità relativamente alla qualità dei modelli CE-SP (per la voce relativa alle rimanenze) per le aziende 203, 212, 901, 904, 906, 908 e 999.

Si rimane in attesa di riscontro da parte della Regione.

Statistiche

ADEMPIENTE

La copertura e la qualità dei dati risultano buone.

La Regione ha effettuato la validazione dei flussi informativi ai sensi del DM 5 dicembre 2006 – Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

Si segnala che l'attività di assistenza erogata dalla Regione agli anziani in regime semiresidenziale risulta sottostimata. Ciò in quanto per le strutture territoriali che erogano assistenza agli anziani in regime sia residenziale sia semiresidenziale la Regione ha censito tramite il modello STS11 i soli i punti di erogazione in regime residenziale, ed ha inviato tramite il modello STS24 i soli dati di attività in regime residenziale.

Veterinari

ADEMPIENTE

La Regione risulta adempiente (sufficiente con un punteggio pari al 92 % e 5 indicatori vincolanti su 6), con riguardo sia ai criteri di copertura che ai criteri di qualità utilizzati per la valutazione. Tra le criticità si segnala, in particolare, l'insufficiente attuazione del Piano Nazionale Alimentazione Animale, il dato risultante dalla consultazione della BDN per l'anagrafe ovicaprina ed il rispetto dei tempi di rilascio del riconoscimento definitivo per gli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale.

e) Erogazione LEA

ADEMPIENTE

Relativamente alla griglia di valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite indicatori, la Regione con un punteggio pari a 170 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente".

f) Posti letto

INADEMPIENTE CON RINVIO AL PDR

Dai dati presenti nella banca dati SIS, risulta che, a gennaio 2012, la Regione Piemonte ha una dotazione di 18.331 p.l. totali (4,11 x 1000 ab.), di cui 13.614 p.l. per acuti (3,05 p.l. x 1000 ab.) e 4.717 per post acuti (1,06 p.l. x 1000 ab.).

La Regione Piemonte dichiara di aver adottato la DGR 1-4117/2012 "Programma attuativo dell'addendum al Piano di rientro. Percorso di ridefinizione della rete ospedaliera".

In tema di standard ospedaliero per la post acuzie la DGR stabilisce il raggiungimento della dotazione di 0,7 p.l. x 1000 ab. di post acuzie entro il 2015, in contrasto con quanto previsto dal Patto per la salute 2010-2012.

Banca dati SIS

Base dati 2010: figurano 9 posti letto di Lungodegenza in regime di day hospital (relativi alla disciplina 99 "Cure palliative/hospice"), che sono stati sommati ai posti letto ordinari;

Base dati 2011: figurano 9 posti letto di Lungodegenza in regime di day hospital (relativi alla disciplina 99 "Cure palliative/hospice"), che sono stati sommati ai posti letto ordinari.

La Regione non rispetta lo standard nazionale. I documenti programmatici regionali prevedono il raggiungimento dello standard per la post acuzie entro il 2015.

g) Appropriatelyzza

ADEMPIENTE

La Regione trasmette la DGR 54-4257/2012 con la quale viene aggiornato il Nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale ed inserite tutte le prestazioni di cui all'allegato A del Patto per la salute (tranne tunnel carpale e cataratta per i quali i valori soglia per l'erogazione in regime ambulatoriale erano stati già fissati nella delibera 4-2495/2011).

h) Liste d'attesa

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione provvede al Monitoraggio ex post. Si evidenzia comunque che per la valorizzazione dei campi "Prestazioni in primo accesso" e "Garanzia dei tempi di attesa" del I e II semestre 2011 la percentuale di compilazione è bassa con un trend negativo; inoltre la percentuale di valorizzazione corretta del campo "Struttura erogatrice" è pari allo 0,09%.

La Regione provvede al Monitoraggio ex ante anche se la garanzia dei tempi di attesa per la classe D è pari a 57%.

Per quanto riguarda il Monitoraggio delle attività di ricovero, dai dati pervenuti risulta che la Regione Piemonte ha compilato il campo "Data di prenotazione" per il 95% dei record di cui corretti l'84%, per il campo "Classe di priorità della degenza" la percentuale di compilazione è del 74% circa di cui corretti il 68% circa.

La Regione ha provveduto ad inviare i dati relativi alle sospensioni come da PNGLA.

Si rimane in attesa delle motivazioni circa la non piena valorizzazione dei campi per quanto riguarda il Monitoraggio ex post.

l) Controllo spesa farmaceutica

Valutazione congiunta Tavolo adempimenti - Comitato Lea

La Regione ha evidenziato nel 2011 una spesa farmaceutica territoriale di 981,7 milioni di Euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 13,3% del Fabbisogno Sanitario Regionale del -1,05% (-83,8 milioni di Euro). La spesa territoriale registrata a consuntivo del 2011 risulta superiore rispetto a quella inizialmente prevista dall'AlFA ai sensi dell'art.5, comma 4, della L.222/2007. La spesa ospedaliera come definita ai sensi dell'art.5, comma 5, della L.222/2007, risulta di 409,9 milioni di Euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 2,4% del Fabbisogno sanitario regionale del +2,72% (+217,6 milioni di Euro). La Regione Piemonte evidenzia una spesa farmaceutica complessivamente superiore ai livelli fissati in corrispondenza dei tetti di spesa programmata, registrando una parziale compensazione interna del disavanzo della spesa farmaceutica ospedaliera, con l'avanzo sul versante della spesa farmaceutica territoriale. Essendo la

Regione soggetta a piano di rientro, ai fini del giudizio finale, verranno valute le misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera descritte nel Questionario LEA o di voci equivalenti della spesa ospedaliera non farmaceutica.

m) Conferimento dati al SIS

ADEMPIENTE

Stante quanto auto dichiarato dalla Regione, relativamente ai processi di verifica e validazione dei dati e di governo sui sistemi informativi, per i quali non si sono evidenziati aggiornamenti rispetto all'anno precedente, si considera la Regione adempiente.

Relativamente alle anagrafiche delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, la Regione dichiara che la gestione è centralizzata a livello regionale e la variazione delle stesse è demandata alle ASL/AO. La Regione dichiara altresì che le anagrafiche regionali e aziendali vengono utilizzate in maniera univoca per la trasmissione di tutti i flussi informativi di attività verso il livello nazionale.

n) Contabilità analitica

ADEMPIENTE

In base a quanto dichiarato dalla Regione e non essendosi verificate variazioni rispetto al 2010, la Regione si può ritenere adempiente.

o) Confermabilità direttori generali

ADEMPIENTE

La Regione trasmette la DGR 13711/2012 con allegato il contratto del D.G. della ASL TO1 e la DGR 423552/2012 con allegato lo schema di contratto dei D.G. delle Aziende Sanitarie Regionali. Avendo previsto con adozione regionale la "non conferma" dell'incarico a seguito della verifica ai sensi dell'art. 3 bis comma 6, del Dlgs 502/1992, laddove il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo costituisca grave inadempienza ai sensi dell'art. 3 comma 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005, la Regione viene considerata adempiente.

p) Dispositivi medici

ADEMPIENTE

Si segnala positivamente la consistente e puntuale attività effettuata dalla Regione ai fini dell'incremento degli accessi al sistema Banca Dati/Repertorio Dispositivi Medici nonché per quanto concerne l'implementazione delle attività tecniche finalizzate all'avvio del flusso per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici. Infatti, la costituzione di un gruppo tecnico regionale per la gestione delle criticità rilevate nell'avvio dei flussi, unitamente ad una attenta informazione agli operatori sanitari, hanno determinato una buona attuazione di quanto previsto dal decreto. In particolare la trasmissione dei dati ha riguardato sia il flusso consumi che il flusso contratti per tutti mesi dell'anno 2011.

g) Distribuzione diretta farmaci di classe A

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2011, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie che effettuano distribuzione diretta e per conto, per tutti i mesi ricadente nel periodo indicato.

r) Riduzione assistenza ospedaliera erogata

ADEMPIENTE

La Regione registra nel 2011 un T.O. totale di 148,65 (ordinario di 109,97 e diurno di 38,68), al disotto dello standard previsto dall'Intesa 23 marzo 2005.

s) Assistenza domiciliare e residenziale

ADEMPIENTE

Il punteggio totale riportato dalla Regione è di 71 punti, così ripartiti:

Valutazione Multidimensionale: 20 punti

Ripartizione degli oneri: 20 punti

Tablette: 30 punti

Coerenza con la griglia LEA (indicatore su % anziani >65 aa): 1 punto.

Si chiedono chiarimenti in merito alla presenza di una quota di compartecipazione per disabili seguiti con trattamenti intensivi, nonché chiarimenti in riferimento alla previsione di una compartecipazione per i trattamenti socio-riabilitativi a soggetti per pazienti con disturbi psichici (le informazioni nella tabella di ripartizione degli oneri sono in contraddizione con quanto indicato nella tabella relativa ai trattamenti residenziali a persone con disturbi mentali, ove è indicata una partecipazione del 50%, peraltro inferiore alla norma).

t) Tariffe ospedaliere

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che non sono stati adottati provvedimenti nell'anno 2011, che modificano l'adempimento previsto dall'art 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa del 23 marzo 2005.

u) Piano nazionale della prevenzione

ADEMPIENTE

In conformità a quanto stabilito al punto 7.2 "Certificazione per gli anni 2011-2012" dell'Intesa Stato Regioni del 10 febbraio 2011 di adozione del "Documento per la valutazione dei Piani regionali di prevenzione 2010-2012", si attesta che il Piano regionale di prevenzione della Regione Piemonte soddisfa il criterio di valutazione esplicitato nella suddetta Intesa, ovvero "la Regione verrà certificata se, per almeno il 50% dei programmi/progetti che compongono il PRP, lo scostamento tra il valore osservato degli indicatori al 31 dicembre 2011 ed il corrispondente valore atteso dalla programmazione regionale è non superiore al 20%".

Sulla base della valutazione della documentazione relativa allo stato di avanzamento 2011 presentata dalla Regione Piemonte, è risultata pari a 39,4% la percentuale dei programmi/progetti, inclusi nel Piano regionale di prevenzione, che presentano almeno uno scostamento tra valore osservato degli indicatori al 31 dicembre 2011 e relativo valore atteso superiore a 20%.

v) Piano nazionale aggiornamento personale

ADEMPIENTE

La Regione ha fornito adeguata documentazione.

w) Accordi successivi al DPCM 29/11/2001

ADEMPIENTE

La Regione ha inviato la documentazione relativa ad Accordi e Intese Stato-Regioni previsti dagli Adempimenti LEA 2011.

x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici

ADEMPIENTE

La Regione effettua il monitoraggio dell'implementazione delle linee guida cliniche adottate attraverso PDT sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Le attività di monitoraggio riguardano, a seconda della patologia, varie strutture sanitarie della Regione Piemonte.

La Regione, nel 2011, ha effettuato il monitoraggio dei PDT: Carcinoma Mammella, Neoplasia Colon Retto, Neoplasia Polmone, Bypass aortocoronarico, così come previsto dalle Linee guida nazionali in attuazione del vigente PNGLA.

y) LEA aggiuntivi

ADEMPIENTE CON IMPEGNO

La Regione garantisce livelli ulteriori di assistenza in quasi tutti i settori (protesica, integrativa, contributi economici, esenzioni, prestazioni per gli invalidi di guerra, assistenza a bambini stranieri, riabilitazione ambulatoriale, ecc.).

La Regione trasmette la DD 456/2012 con la quale si invia il prospetto della situazione dei consumi attinenti i LEA regionali 2011, pari a 95.493.100 Euro e si dà atto che la spesa ha trovato copertura nel bilancio regionale 2011, capitolo 161632.

Considerando che nel corso della riunione di verifica del Piano di Rientro del 7 novembre 2012 i Tavoli si sono espressi come segue: "Tavolo e Comitato ritengono inoltre, in relazione a tale cancellazione/prescrizione amministrativa che la predisposizione di risorse aggiuntive da bilancio regionale non possa più essere destinata alla copertura degli extra-LEA", si ritiene la Regione adempiente con impegno per il 2012 a non destinare risorse aggiuntive da bilancio regionale alla copertura degli extra-LEA.

ac) Edilizia sanitaria

ADEMPIENTE

La Regione non ha ancora utilizzato le risorse residue da destinare al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.

ah) Accredimento istituzionale

ADEMPIENTE

La Regione ha adempiuto alle prescrizioni previste in materia di accreditamento. Ha infatti dichiarato di aver effettuato le verifiche delle strutture che hanno acquisito lo status di accreditamento istituzionale e ha avviato l'iter per le strutture socio sanitarie, fornendo gli estremi della delibera.

aj) Sperimentazioni gestionali

ADEMPIENTE

La Regione ha fornito le informazioni richieste con il Questionario e allegato le relazioni annuali di verifica delle sperimentazioni attive al 31 Dicembre 2011. Ha inoltre trasmesso la normativa relativa alle sperimentazioni oltre alla Legge Regionale emessa nel 2012 in materia di sperimentazioni gestionali.

ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso tutti gli atti citati e, per quanto riguarda la medicina di laboratorio, ha risposto ai quesiti posti nel Questionario.

al) Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro

ADEMPIENTE

La Regione ha potenziato la programmazione, definendo le linee operative per i Servizi di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPRESAL) dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, al fine di razionalizzare ed ottimizzare le risorse correnti per una miglior omogeneità di copertura e per il raggiungimento degli standard minimi definiti dai piani nazionali.

L'aggiornamento degli operatori è indirizzato in modo specifico alla tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro. Il miglior utilizzo delle risorse umane e strumentali disponibili ha consentito alla Regione di raggiungere dal 2010 un tendenziale avvicinamento all'obiettivo nazionale dell'indice di copertura del 5% delle unità controllate, obiettivo raggiunto nel 2011.

am) Controllo cartelle cliniche

ADEMPIENTE

La Regione, secondo quanto dichiarato nel Questionario, in applicazione alla Legge n.133 del 6 agosto 2008 effettua nel complesso una percentuale di controlli sulle cartelle cliniche pari al 10% circa delle schede di dimissione ospedaliera; circa 74.000 cartelle cliniche controllate relative alla totalità degli erogatori pubblici e privati accreditati.

La Regione ha trasmesso il report previsto dal DM del 10 dicembre 2009.

an) Assistenza protesica

ADEMPIENTE

La spesa per l'assistenza protesica, con particolare riguardo all'acquisto di beni e prestazioni sanitarie per l'anno 2010 risulta pari a 123.525 migliaia di Euro. Si rileva una discrepanza tra quanto certificato in base al DM 332/1999 e i valori inseriti nel modello LA al rigo L20700 pari a 82.254 migliaia di Euro, che la Regione giustifica attribuendo la causa ad una diversa contabilizzazione della spesa in oggetto, in particolare

- per 22.000 migliaia di Euro al costo rilevato dalle ASL per la fornitura di dispositivi monouso di cui all'elenco 2 ex DM 332/1999, che nel modello LA afferiscono alla voce relativa all'integrativa nel rigo L20500;
- per 18.390 migliaia di Euro all'acquisto di ausili protesici riutilizzabili e quindi contabilizzati in conto capitale e per questo non afferenti al rigo L20700;

- per la somma restante al costo che le aziende sostengono per la sanificazione, la revisione e la rimessa a norma degli ausili riutilizzabili, somma che non confluisce anch'essa nel rigo L20700.

Si prende atto che ai fini del contenimento dei costi relativi all'assistenza integrativa e protesica è stato introdotto con DGR 15-2557 un procedimento in base al quale è prevista una quota integrativa del trattamento economico dei Direttori generali delle ASL per l'anno 2011, che raggiungano l'obiettivo di rendere confrontabili e omogenei i dati relativi alla spesa integrativa e protesica di cui al DM 332/1999 rispetto a quanto dichiarato nei modelli LA.

ao) Cure palliative

ADEMPIENTE

Dall'esame della documentazione pervenuta si riscontra che la Regione ha trasmesso, come richiesto, i dati relativi a tutti gli indicatori degli 8 standard previsti dal decreto del Ministero della Salute 43/2007, per il monitoraggio dell'assistenza palliativa erogata presso gli hospice e presso il domicilio.

Nonostante si riscontri il mancato puntuale raggiungimento di tutti gli indicatori prefissati per l'anno 2010, si certifica positivamente in relazione al percorso virtuoso intrapreso dalla regione sul tema delle cure palliative.

ap) Sanità penitenziaria

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che sono state stipulate le convenzioni per l'utilizzo dei locali in tutte le ASL interessate e cita le diverse delibere.

E' stato dimesso il 41% degli internati in regime di proroga della misura di sicurezza (dato riferito a tutti gli OPG ad esclusione di Barcellona Pozzo di Gotto, dove potrebbe essere internato un assistito piemontese).

La Regione dichiara che è stato sottoscritto un Protocollo d'Intesa con il Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria (PRAP) per il Piemonte e la Valle D'Aosta ed il Centro di Giustizia Minorile (CGM) del Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria, approvato con DGR 21-11849 del 27.07.2009 che definisce il percorso di presa in carico.

La Regione allega un elenco delle comunità terapeutiche e riabilitative presenti nella Regione Piemonte per l'inserimento di minori sottoposti a procedimento penale; allega la DGR 41-12003 del 15 marzo 2004 sulla "Tipologia, requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori", nonché la DGR 25-12129 del 14 settembre 2009, "Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie".

ar) Consumi ospedalieri dei medicinali

ADEMPIENTE

La Regione ha trasmesso i dati relativi ai consumi ospedalieri dei farmaci relativamente al periodo gennaio-dicembre 2011, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e s.m.i.

Nel NSIS sono presenti i dati relativi a tutte le aziende sanitarie della Regione, per tutti i mesi del nel periodo indicato.

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

ADEMPIENTE

La Regione ha fornito indicazioni in merito alla Centralizzazione farmaci antitumorali con la DGR 501621/2011 "Attuazione del PdR. Centralizzazione in farmacia delle preparazioni antitumorali" e con la DD 165/2011 "Attuazione del PdR. Appropriatelyzza di utilizzo dei farmaci oncologici ed oncoematologici ad alto costo".

Dall'analisi della documentazione trasmessa risulta che la Scheda Unica di terapia è ampiamente utilizzata nelle strutture sanitarie anche in modalità informatizzata; la Regione indica la STU parte integrante della Cartella clinica.

La Regione ha provveduto alla stesura di un rapporto sul monitoraggio dell'adozione della Check list in sala operatoria e ha compilato la griglia riassuntiva presente nel Questionario che attesta l'attività svolta al riguardo.

La Regione, infine, ha trasmesso il Programma per la gestione dei rischi sanitari che descrive le politiche avviate fin dal 2003 per ridurre il crescente aumento dei costi assicurativi sostenuto dalle Aziende sanitarie regionali ed indirettamente dalla Regione stessa.

at) Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari

Non valutabile.

au) Sistema CUP

ADEMPIENTE

La Regione dichiara che formalmente non sono stati adottati specifici provvedimenti di recepimento delle Linee guida nazionali CUP in quanto già a partire dal 2005 (DGR 15-608 del 1° agosto 2005 e s.m.i.) la Regione ha avviato delle specifiche azioni in tale ambito. La Regione dichiara altresì che il progetto di Sovracup Città di Torino e provincia è stato avviato. Inoltre, come previsto dalla DGR 2-2481 del 29 luglio 2011, è in corso la definizione delle modalità operative e relativi tempi per la gestione dell'intera offerta ambulatoriale attraverso il CUP, prevedendo anche l'inserimento dei soggetti privati accreditati per le prestazioni oggetto di contratto con il SSR nonché l'inserimento delle attività in libera professione intra-moenia. La Regione comunica inoltre che con DGR 28-2027 del 17 maggio 2011 è stata realizzata la funzione di Recall ed è in corso di attuazione il Contac center da parte di tutte le ASR.

av) Acquisizione dati di assistenza in emergenza urgenza NSIS-EMUR

ADEMPIENTE

Dalla valutazione dei dati del flusso informativo Emergenza-Urgenza relativi all'anno 2011 presenti nel NSIS, la Regione risulta adempiente per la disponibilità del dato, per la completezza territoriale e per la completezza dei contenuti informativi. Si precisa che relativamente al sistema 118 per i mesi di ottobre, novembre e dicembre, mancano i dati relativi ad 1 Centrale Operativa; si chiede alla Regione di provvedere alla relativa trasmissione al NSIS.

aw) Acquisizione dati di assistenza domiciliare NSIS-SIAD

ADEMPIENTE

In considerazione della qualità dei dati e del livello di completezza complessivamente raggiunto, pur continuando a riscontrare un mancato invio dei dati da parte della ASL di Alessandria e delle ASL di TO1, TO2, TO4, TO5 e CN2 per alcuni mesi, che la Regione dovrà in ogni caso procedere a trasmettere, il giudizio complessivo è di adempienza.

ax) Acquisizione dati di assistenza residenziale e semiresidenziale NSIS-FAR

ADEMPIENTE

In considerazione della qualità dei dati e del livello di completezza complessivamente raggiunto, pur continuando a riscontrare un mancato invio dei dati da parte di due ASL, che la Regione dovrà in ogni caso completare, il giudizio complessivo è di adempienza.

aab) Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale NSIS-SISM

INADEMPIENTE

La Regione ad oggi non ha inviato i dati relativi al SISM per l'anno 2011. Risulta avviata la raccolta dei dati per il 2012, tuttavia i tentativi di invio non hanno avuto esito positivo.

aac) Acquisizione dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND

ADEMPIENTE

In considerazione delle difficoltà riscontrate nel primo anno di rilevazione delle informazioni del flusso informativo Sistema Informativo Nazionale Dipendenze, tenendo conto del livello di completezza complessivamente raggiunto, pur continuando a riscontrare una non adeguata qualità dei dati, il giudizio complessivo è di adempienza.

aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

INADEMPIENTE

La Regione comunica di non aver adottato nessun specifico provvedimento di recepimento delle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011. Dalla documentazione trasmessa si evince infatti che la Regione sta progettando il Sistema Integrato Regionale di Sanità Elettronica (SIRSE) attraverso il quale realizza infrastrutture e sistemi informativi regionali ma non prevede la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

aae) Attività trasfusionale

ADEMPIENTE

La Regione ha recepito integralmente l'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 e ha formato un notevole gruppo di valutatori regionali previsti.

E' già presente un Centro Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali, con sue definite funzioni; infine, la Regione ha deliberato all'individuazione della banca regionale di Sangue da Cordone Ombelicale ed individuato tutti i punti nascita della Regione.

aaf) Percorso nascita

ADEMPIENTE

La Regione ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 16.12.2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita per la riduzione del taglio cesareo", provvedendo, inoltre, alla costituzione del Comitato Regionale Percorso Nascita con DGR 38-2835 del 7 novembre 2011.

Per quanto riguarda il trasporto in emergenza-urgenza della partoriente, la Regione ha adottato la DGR 3-6466 del 23 luglio 2007; inoltre, le attività di trasporto in emergenza-urgenza del neonato saranno oggetto di valutazione del Comitato Regionale Percorso Nascita.

aag) Emergenza-urgenza

ADEMPIENTE

La Regione ha individuato in maniera dettagliata tutta la rete dei presidi ospedalieri afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza. Ha identificato la rete dell'emergenza territoriale nelle sue articolazioni e le modalità di integrazione con la componente ospedaliera. Sono state previste riduzioni del numero delle C.O. 118 (da 8 a 4) a valenza sovra-provinciale, nonché delle basi di Elisoccorso. Sono state inoltre individuate ed attivate le reti dei percorsi ad alta complessità. Vengono descritte in modo dettagliato le modalità di integrazione tra la componente territoriale e quella ospedaliera.

aah) Cure primarie

ADEMPIENTE

La Regione fornisce i dati relativi al processo di riorganizzazione delle Cure Primarie in atto attraverso la descrizione sia delle forme associative (semplici, rete, gruppo) di Assistenza Primaria attivate sul territorio regionale che del numero dei medici che ne prendono parte. Fornisce altresì il numero dei modelli organizzativi (Gruppi di Cure Primarie e Case della Salute) per l'erogazione delle Cure primarie attivati nelle 13 ASL piemontesi, indicando i riferimenti del relativo atto formale istitutivo. Pertanto, la Regione Piemonte è in linea con gli atti programmatori nazionali.

aa1) Riabilitazione

ADEMPIENTE

La Regione ha recepito, con DGR 42-4752 del 15 ottobre 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 concernente il "Piano di indirizzo per la riabilitazione". Con la stessa deliberazione la Regione ha dato mandato alla Direzione Sanità per la costituzione di uno specifico gruppo di lavoro per l'individuazione degli strumenti e delle modalità per il monitoraggio/sviluppo e miglioramento dello stato di attuazione dei provvedimenti descritti in premessa, con particolare riguardo agli aspetti di appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale, di informazione/formazione, agli strumenti di controllo e verifica del percorso di continuità di cure e dei vari setting riabilitativi.