Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

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

RACCOLTA DELLA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI RELATIVI ALL'ANNO 2020

REGIONE _____

Indice

PREMESSA 3
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA 5
Sanità Pubblica (U, AAZ, C.2, C.3) 5
Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare (AAJ, C.13) 7
AREA DISTRETTUALE 10
Rete Territoriale (C.2, C.3) 10
Assistenza primaria (AAH, C.2, C.3) 11
Assistenza domiciliare (C.7, S) 16
Assistenza ambulatoriale (C.2, C.3, C.5) 17
Cure palliative e terapia del dolore (AO, C.9) 18
Riabilitazione (C.2, C.3) 20
Rete EMUR – 118 (C.12) 21
Salute Mentale (C.10) 22
Sanità Penitenziaria (AP) 23
Dipendenze (C.11) 24
Gioco d'azzardo patologico (AAT) 25
AREA OSPEDALIERA 26
Rete Ospedaliera – Posti Letto e ricoveri (F, C.2, C.3) 26
Rete EMUR – PS (C.12) 28
Rete dei punti Nascita (AAF, C.2, C.3) 29
Rete dei centri di senologia (AAV) 31
Rete Laboratoristica (AK) 33
Rete Trasfusionale (AAE) 35
AREA GOVERNANCE 37
Accreditamento (AH) 37
Cartelle Cliniche (AM) 40
Liste di attesa (H) 41
Individuazione di strutture semplici e complesse (AAM) 42
Dispositivi Medici e grandi apparecchiature sanitarie (C.2, C.3, C.6, C.16) 43
Malattie Rare (AAU) 44
Rischio Clinico (AS) 45
Obiettivi Direttori Generali (AAQ) 47

Personale (C.2, C.3, V)....48
Dati Economici (C.1)....49
Contabilità Analitica e Certificabilità del Bilancio (N, AT)....50
Spesa Farmaceutica (C.14, C.15, L)....51
Prestazioni Aggiuntive (Y)....52
Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE (AAD)....53
Interconnessione Sistemi Informativi (AAW)....54
NSG....55
Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica....55
Assistenza Distrettuale....56
Assistenza Ospedaliera....56
Bibliografia....57
Fonti informative di riferimento....57
Area Prevenzione....60
Area Distrettuale....61
Area Ospedaliera....64
Area Governance....65
NSG....73

PREMESSA

QUESTIONARIO LEA 2020

Premessa

In questo documento, predisposto in attuazione di quanto previsto dall'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, vengono riportati gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota premiale del finanziamento per l'anno 2020, riferiti all'Allegato 1, punto 2, lettere c), e), f), g), h) ed agli articoli 3, 4 e 10 della predetta Intesa del 23 marzo 2005.

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

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

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

Le Regioni sono tenute a trasmettere il Questionario debitamente compilato e la documentazione allegata, entro il 14/03/2022.

L'anno 2020 rappresenta un anno eccezionale a causa dell'epidemia diffusa a livello globale da ***SARS-Cov-2***.

Per far fronte alle nuove esigenze dettate dalla risposta alla pandemia, i Servizi sanitari regionali (SSR) hanno dovuto attivare appositi percorsi per garantire l'erogazione delle prestazioni essenziali ed urgenti e contestualmente definire, attraverso una «*programmazione straordinaria*», specifiche misure di contenimento del contagio, nell'ambito della normativa emergenziale. Pertanto, la verifica adempimenti dell'anno 2020 dovrà necessariamente tener conto delle forti ripercussioni che l'emergenza pandemica ha esercitato sui SSR.

Questionario LEA 2020

Il Questionario Adempimenti LEA 2020 nasce dalla revisione della struttura del Questionario Adempimenti LEA 2019, con l'obiettivo di realizzare uno strumento di monitoraggio in grado di fornire una visione più organica dell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Gli Adempimenti sono aggregati per Area: Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, Distrettuale, Ospedaliera e Governance. Le Aree individuate sono in linea con il Nuovo Sistema di Garanzia, con l'integrazione dell'Area Governance.

Ogni Area è articolata in sotto-Aree, ciascuna delle quali relativa ad una specifica tematica di interesse.

Le sotto-Aree (eccetto per le sotto-Aree dell'Area Governance) sono articolate in tre direttrici: "Analisi dell'attività di programmazione", "Qualità e Completezza dei dati" e "Analisi Quantitativa".

In considerazione dell'emergenza epidemiologica CoViD-19 verificatasi a partire dai primi mesi del 2020 e della riorganizzazione dei servizi sanitari messa in atto per farvi fronte, alcuni indicatori del Questionario potrebbero restituire dati non pienamente rappresentativi, stante l'inevitabile impatto

sulla riprogrammazione dell'assistenza in conseguenza dell'emergenza. In tali termini, come sopra riportato, la verifica degli adempimenti terrà conto dell'impatto della pandemia sui singoli item, "leggendo" le informazioni rese al fine di comprendere lo stato dell'arte dell'erogazione dei LEA e misurare la capacità di resilienza e ripresa delle regioni, al fine di segnalare/individuare eventuali misure correttive da intraprendere (impegni).

Note per la compilazione della documentazione da trasmettere

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

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

Modalità di monitoraggio e di verifica dell'erogazione dei LEA

Gli strumenti utilizzati per il monitoraggio e la verifica dell'erogazione dei LEA sono: il Questionario Adempimenti LEA, il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Pur continuando a perseguire l'obiettivo istituzionale di garantire equità, qualità e appropriatezza dell'erogazione dei LEA in modo uniforme per tutti i cittadini assistiti dal SSN su tutto il territorio nazionale, il periodo pandemico ha reso prioritario per il NSG l'attività di monitoraggio e valutazione della resilienza e della capacità di reazione delle Regioni all'impatto dell'emergenza. A tal fine, si è reso necessario rivedere l'attuale sistema di indicatori CORE e i relativi criteri di valutazione poiché tale sistema non era stato costruito per essere utilizzato in situazioni eccezionali come la pandemia: la complessità della situazione e la necessità di avere a disposizione i risultati di questa attività in tempi compatibili con il loro utilizzo nel governo della salute ha imposto all'NSG di definire per l'anno 2020 un sistema dedicato sintetico di indicatori. Tale sistema, denominato "**Sistema dedicato al monitoraggio per l'anno 2020**", prevede il calcolo di alcuni indicatori di monitoraggio selezionati dal CORE NSG, calcolati in funzione dei 4 diversi periodi di contenimento della pandemia distinti in Fase pre-pandemia (1 gennaio -19 febbraio 2020), Prima ondata (20 febbraio, primo caso identificato di COVID-19 - 3 maggio 2020), Fase rallentamento delle restrizioni (4 maggio prima fase di riapertura dal Lockdown - 30 settembre 2020) e Seconda ondata (1 ottobre - 31 dicembre 2020). Il Sistema prevede la valutazione dell'impatto della pandemia sulla variabilità degli indicatori di monitoraggio, analizzandone le relazioni intercorrenti con gli indicatori di contesto regionale, quali l'eccesso di mortalità e le percentuali di occupazione dei posti letto in area medica e terapia intensiva.

Ad esito del monitoraggio verrà fornito un giudizio complessivo per Area (Prevenzione, Distrettuale, Ospedaliera, Governance), che prenderà in considerazione anche i risultati degli indicatori Core del Nuovo Sistema di Garanzia individuati nel "**Sistema dedicato al monitoraggio per l'anno 2020**".

Tutte le informazioni desunte dagli strumenti utilizzati per il monitoraggio dell'erogazione dei LEA, consentiranno di **intercettare gli eventuali punti di miglioramento che saranno identificati come impegni**.

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

Sanità Pubblica (U, AAZ, C.2, C.3)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati:

- **Monitorabili**, tutti gli item delle direttrici "**Analisi attività di programmazione**" e "**Completezza e qualità dei dati**" (eccetto l'indicatore 4, monitorato ai soli informativi);
- **Informativi**, tutti gli item della direttrice "**Analisi quantitativa**" e l'indicatore 4 della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

U) PREVENZIONE

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

U.1) Recepimento, con atto regionale del Piano nazionale di prevenzione 2020-2025 entro il 31 dicembre 2020 (Intesa Stato Regioni Rep. Atti 127/CSR del 6 agosto 2020).

La Regione ha recepito il PNP 2020-2025?

Si	No
☐	☐

In caso di risposta affermativa allegare l'Atto regionale di recepimento.

Completezza e qualità dei dati

Compilazione a cura del Ministero

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

N. indicatore	Indicatore
1	U.1.1: a) Rispetto della tempistica e dei criteri previsti nell'Intesa Stato Regioni 6 agosto 2020 di adozione del PNP 2020-2025 e nel relativo allegato Documento di Piano relativamente al primo anno di vigenza del PNP. b) Programmazione delle attività di prevenzione e promozione della salute relative all'anno 2020 in continuità con le progettualità del PRP 2014-2019 ed in coerenza con le priorità del Patto per la Salute 2019-2021, nell'ambito della progettualità relativa all'Obiettivo prioritario "Piano nazionale della prevenzione" della Linea progettuale "Piano nazionale della prevenzione e Supporto al Piano nazionale della prevenzione" di cui all'Accordo SR del 31 marzo 2020 (Accordo sugli Obiettivi di Piano).
2	U.1.2) Monitoraggio dei dati dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento con i seguenti indicatori: a) un indicatore di copertura a livello regionale che stabilisca il numero minimo di interviste annue da realizzare per regione (modulando tale numero in funzione delle regioni e P.A. mono-asl con un numero ridotto di abitanti come Val d'Aosta e Trento e Bolzano). In riferimento a questo indicatore la determinazione dei punteggi "premianti" da assegnare alle regioni, potrà essere graduata in funzione della partecipazione di tutte le ASL con campioni che garantiscano un numero minimo di interviste annue per avere la rappresentatività aziendale (punteggio massimo) o che raggiungano solo un numero di interviste tale da assicurare il numero minimo a livello regionale senza raggiungere un campione da garantire la rappresentatività aziendale o situazioni miste (alcune ASL partecipano con campioni aziendali e altre con campioni più piccoli) (punteggio medio), fino alla situazione in cui una Regione partecipa ma non raggiunge il numero minimo stabilito (punteggio Minimo) o non partecipa affatto (punteggio zero).

N. indicatore	Indicatore
	b) un indicatore di qualità dei dati a livello regionale: Tasso di risposta regionale che non potrà essere inferiore ad una soglia stabilita.
3	C.2) Obblighi informativi statistici - Completezza – Screening.
4	C.3) Obblighi informativi statistici - Qualità – Screening.
5	AAZ) Sistema anagrafe nazionali vaccini.

Analisi quantitativa

Compilazione a cura del Ministero

Ai fini informativi verranno monitorati i seguenti indicatori:

Id	Indicatore	Formula
1	U.2.1) Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(Numero di casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato[1]/ (Numero di casi sospetti di morbillo) *100
2	U.2.2) Identificazione virale (morbillo)	(Numero di focolai di morbillo genotipizzati) / (Numero di focolai identificati) x 100
3	U.3) Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	(Numero dei cancri invasivi screen-detected in Stadio ≥ II) / (Numero di tutti i cancri screen-detected stadiati) x 100).
4	U.4) Unità locali oggetto di intervento ispettivo	(Numero aziende oggetto di ispezioni) / (Numero aziende con almeno 1 dipendente + numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100
5	U.6) Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro la varicella	(Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino anti-V, nel secondo anno di vita) / (Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100
6	U.7) Tasso di identificazione di adenoma avanzato sulla popolazione generale	Numero di pazienti che ricevono una diagnosi di adenoma avanzato all'interno del programma di screening/ popolazione target oggetto dell'intervento (la popolazione di riferimento è quella ISTAT).

Ulteriori indicatori informativi

Id	Indicatore	Formula
7	U.2.3) Tempestività dell'indagine (morbillo)	N. di casi di morbillo notificati che hanno una indagine epidemiologica adeguata^ ≤ 48 ore dalla segnalazione) / (N. casi sospetti di morbillo notificati) X 100
8	I.2) Allargamento copertura Screening mammografico alle fasce di età 45-59 e 70-74 Proporzione di donne fra 45-49 anni e fra 70-74 anni che hanno effettuato test di screening mammografico, in un programma organizzato	Donne residenti in età 45-49 che eseguono il test di screening mammografico di primo livello in un programma organizzato /popolazione residente (45-49) – escluse prima dell'invito Donne residenti in età 70-74 che eseguono il test di screening mammografico di primo livello in un programma organizzato / (popolazione residente 70-74 – escluse prima dell'invito) /2
9	I.3) Allargamento copertura Screening colo rettale alla fascia di età 70-74 Proporzione di persone fra 70-74 anni che hanno effettuato test di screening colo rettale in un programma organizzato	Persone (donne e uomini) residenti in età 70-74 che eseguono il test di screening colorettale di primo livello in un programma organizzato / (popolazione residente 70-74 – esclusi prima dell'invito) /2

[1] Per Laboratorio di Riferimento si vedano indicazioni della circolare "Aggiornamento del sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia, per il rafforzamento degli obiettivi di eliminazione", del 12/11/2018 prot. 0033189.

Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare (AAJ, C.13)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati informativi, tutti gli item delle direttrici "Analisi attività di programmazione", "Completezza e qualità dei dati" e "Analisi quantitativa".

Analisi attività di programmazione

AAJ) PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

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

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

AAJ.1.2 Adozione, ai soli fini informativi, delle misure appropriate a seguito dei risultati del Sistema regionale di audit (art. 6 comma 1 del Regolamento CE 2017/625). Compilare la seguente tabella.

Le Autorità Competenti auditate (Aziende sanitarie) hanno adottato le misure appropriate a seguito delle risultanze emerse nel corso degli audit svolti dalla Regione ai sensi dell'art. 6 comma 1 del Reg. 2017/625?	Si ☐	No ☐ Non completamente ☐	
Nel caso in cui sia stata barrata la casella Si, è necessario compilare la tabella sottostante			
Data dell'audit	ASL oggetto di audit	Campo dell'audit (audit di sistema o sistema di controllo)	Data del "Piano di Azione o di altra comunicazione di natura equivalente prodotta dall'ASL (*)" o specificare "*documentazione non prodotta*"

(*) Allegare stralcio dei documenti.

AAJ.1.3 Attuazione, ai soli fini informativi, del programma di audit (art. 6 comma 1 del Regolamento CE 2017/625). Compilare la seguente tabella.

La Regione ha effettuato audit ai sensi dell'art. 6 del Reg. 2017/625?	Si ☐	No ☐
Nel caso in cui sia stata barrata la casella Si, è necessario compilare la tabella sottostante		
Quante sono le ASL presenti in Regione?		
Quante ASL sono state oggetto di audit?		
Quanti audit ai sensi dell'art. 6 (1) del Reg. 2017/625 sono stati eseguiti nell'anno 2020? (*)		
Specificare per ciascuno degli audit svolti nel 2020 le informazioni richieste		
Campo dell'audit (audit di sistema o sistema di controllo)	ASL oggetto di audit	Data di esecuzione

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

AAJ.1.4 Monitoraggio dell'efficacia, ai soli fini informativi, svolta in tempo reale (in campo), dei controlli ufficiali (Regolamento CE 2017/625 "relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuati per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari") , nota Ministero della salute DGSAF n. 15372 del 16 agosto 2012 con oggetto: "Verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali ai sensi dell'articolo 8 (3) lettera a) del Regolamento CE 882/2004"), Accordo Stato-Regioni del 7/2/2013, Rep. 46, concernente il funzionamento delle A.C. e Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212 concernente Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti 882/2004 e 854/2004. Compilare la seguente tabella.

La verifica dei controlli ufficiali prevista dall'art 12, paragrafo 2 e 3 del Reg. 2017/625, svolta in tempo reale (in campo), è stata effettuata secondo le disposizioni definite dalla Regione?	Si ☐	No ☐
Nel caso in cui sia stata precedentemente barrata la casella Si è necessario compilare il resto della tabella.		
Dare evidenza dell'effettuazione dell'attività (relazioni, report, rapporti, ecc.) (*) _____		
Oggetto della verifica efficacia	Struttura (SSA, SIAOA, SIAPZ o SIAN) in cui è stata svolta la verifica	Data di esecuzione

(*) Allegare documenti o stralcio dei medesimi.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

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

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Il monitoraggio dell'adempimento, ai soli fini informativi, è a cura del Ministero della salute, secondo le modalità riportate nelle Note per la compilazione.

Analisi quantitativa

AAJ.1.1 Valutazione di alcuni "indicatori di performance".

Saranno oggetto di monitoraggio, ai soli fini informativi, gli indicatori riportati in tabella.

Compilazione a cura del Ministero

N.	Definizione	Anno 2020
1	**BRUCELLOSI - PIANI DI RISANAMENTO** - rispetto dei tempi di ricontrollo nelle aziende con positività o in risanamento e rispetto dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio - dati rilevabili attraverso SANAN	
2	**ANAGRAFE BOVINA** - Regolamento CE 1082/2003, Reg. 1034/2010 Reg. 1760/00 – livello minimo dei controlli aziende bovine: raggiungimento entro il tempo previsto dalle disposizioni nazionali della soglia del 3% di aziende bovine controllate e disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	
3	**CONTROLLI SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE** - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale (PNAA) - Circolare 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	
4	**ENCEFALOPATIA SPONGIFORME BOVINA** - reg. CE 999/2001 % dei bovini morti testati per BSE di età superiore ai 48 mesi rispetto al numero di bovini morti di età superiore ai 48 mesi registrati in BDN	
5	**ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)** - Reg.999/2001: percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie	
6	**OGM** - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003. Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti - anni 2012-2014: percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	
7	**REGISTRAZIONE DELLE QUALIFICHE SANITARIE IN BANCA DATI NANZIONALE (BDN)** - norme concernente le anagrafi animali per le categorie Bovini, Suini, Ovicaprini, Gallus gallus/Tacchini, Acquacoltura. Statistiche VETINFO	
8	**5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO** - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni)	
9	**5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO** - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - (percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi); Nota 1: le regioni con status sanitario non omogeneo, per specie o territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni; Nota 2: se risultano inseriti in SANAN, per l'alimentazione dei cruscotti, <80% dei controlli effettuati rispetto a quelli programmati nel cruscotto SANAN nel primo trimestre dell'anno di riferimento, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore. Nota 3: la % dei controlli si intende riferita ad una programmazione conforme ai criteri prestabiliti in SANAN, basati sulla normativa vigente.	
10	**5.3 ANAGRAFI ANIMALI** - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	
11	**6.1 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE** - attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) - di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati	
12	**6.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE** - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti	

AREA DISTRETTUALE

Rete Territoriale (C.2, C.3)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verrà considerata **Monitorabile** la direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Sarà oggetto di monitoraggio la completezza dei flussi informativi necessari ai fini dell'elaborazione degli indicatori utili per il monitoraggio dei livelli di assistenza (FLS 11).

C.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Sarà oggetto di monitoraggio la qualità dei flussi informativi necessari ai fini delle elaborazioni per il monitoraggio dei livelli di assistenza (FLS 11).

Analisi quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Assistenza primaria (AAH, C.2, C.3)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati:

- **Informativi**, tutti gli item della direttrice "**Analisi attività di programmazione**";
- **Monitorabili**, tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

AAH) CURE PRIMARIE

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

AAH.1 Ai soli fini informativi, la Regione deve compilare le seguenti tabelle e/o trasmettere una relazione sulle azioni individuate e poste in essere in merito alla riorganizzazione delle cure primarie secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Forme organizzative territoriali per l'erogazione delle Cure Primarie	
N° AFT di medicina generale attivate (*)	
N° AFT di pediatria di libera scelta attivate (*)	
N° AFT dei medici specialisti ambulatoriali attivate (*)	
N° Aggregazioni strutturali multiprofessionali (UCCP) attivate (*)	
N° dei MMG che operano nelle UCCP /totale MMG	
N° dei PLS che operano nelle UCCP /totale PLS	
N° degli specialisti ambulatoriali che operano nelle UCCP /totale specialisti ambulatoriali	

(*) indicare gli estremi dell'eventuale atto istitutivo

Funzioni di assistenza garantite dalle aggregazioni multiprofessionali dell'assistenza territoriale (UCCP) nell'anno 2020	
N. UCCP dotate di ambulatorio infermieristico/UCCP totali (**)	
N. UCCP dotate di PUA/UCCP totali (**)	
N. UCCP che garantiscono continuità Assistenziale H24 7/7 giorni (**)	
N. UCCP dotate di postazione di emergenza territoriale 118 (**)	
N. UCCP dotate di Ospedali di Comunità (**)	
N. UCCP dotate di Struttura residenziale per malati cronici non autosufficienti (**)	

(**) si fa riferimento all'attività svolta nella medesima struttura fisica (edificio, stabile, ecc.) che costituisce la sede della UCCP.

La relazione dovrà descrivere il modello "standard" di UCCP più diffuso sul territorio regionale, segnalando l'eventuale presenza di strutture con caratteristiche particolari che si discostano dal modello "standard".

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Sarà oggetto di monitoraggio la completezza dei flussi informativi necessari ai fini dell'elaborazione degli indicatori utili per il monitoraggio dei livelli di assistenza (FLS 12 e FLS 21).

C.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Sarà oggetto di monitoraggio la qualità dei flussi informativi necessari ai fini delle elaborazioni per il monitoraggio dei livelli di assistenza (FLS 12 e FLS 21).

Analisi quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Assistenza residenziale e semiresidenziale (S, C.2, C.3, C.8)Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati:

- **Monitorabili**, tutti gli item delle direttrici "**Analisi attività di programmazione**" e "**Completezza e qualità dei dati**";
- **Informativi**, tutti gli item della direttrice "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

S.1.1 Indicare la presenza sul territorio delle seguenti tipologie di offerta assistenziale extraospedaliera.

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

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

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

Il seguente punto S.1.2 deve essere compilato esclusivamente dalle Regioni valutate con punteggio inferiore a 4 (valutazione negativa) alla domanda S.1.2 del Questionario 2019.

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

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

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

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Sarà oggetto di monitoraggio la completezza dei flussi informativi necessari ai fini dell'elaborazione degli indicatori utili per il monitoraggio dei livelli di assistenza (STS 24).

C.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Sarà oggetto di monitoraggio la qualità dei flussi informativi necessari ai fini delle elaborazioni per il monitoraggio dei livelli di assistenza (STS 24).

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

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Il monitoraggio ad opera della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica tiene conto dei dati relativi all'assistenza residenziale e semiresidenziale nel NSIS in termini di disponibilità, completezza e miglioramento nel tempo relativamente all'anno 2020.

Analisi quantitativa

S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Compilazione a cura del Ministero

S.2.2.1 Numero di trattamenti sociosanitari residenziali per 1.000 abitanti, per intensità di cura

Sono considerate, ai fini informativi, le ammissioni attive aperte al primo gennaio 2020 e quelle aperte nel corso dell'anno.

R1	R2	R2D	R3	Totale residenziale

S.2.2.2 Numero di trattamenti sociosanitari semiresidenziali per 1.000 abitanti, per intensità di cura
Sono considerate, ai fini informativi, le ammissioni attive aperte al primo gennaio 2020 e quelle aperte nel corso dell'anno.

SR1	SR2	Totale semiresidenziale

Assistenza domiciliare (C.7, S)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati:

- **Monitorabili**, tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**";
- **Informativi**, tutti gli item della direttrice "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

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

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Il monitoraggio ad opera della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, tiene conto dei dati relativi all'assistenza domiciliare nel NSIS in termini di disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo relativamente all'anno 2020.

Analisi quantitativa

S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

S.2 Cure domiciliari e residenziali

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

Compilazione a cura del Ministero, attraverso i flussi NSIS

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

Sono considerate, ai soli fini informativi, le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2020 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13.

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

Assistenza ambulatoriale (C.2, C.3, C.5)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Sarà oggetto di monitoraggio la completezza dei flussi informativi necessari ai fini dell'elaborazione degli indicatori utili per il monitoraggio dei livelli di assistenza (STS21).

C.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Sarà oggetto di monitoraggio la qualità dei flussi informativi necessari ai fini delle elaborazioni per il monitoraggio dei livelli di assistenza (STS21).

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

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Si procederà all'esame degli specifici dati raccolti attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 e pervenuti al Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, così come indicato nelle Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa e s.m.i.

Per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, verrà verificata la corretta copertura dei campi relativi a: Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo accesso, Classi di priorità.

Il valore di riferimento relativo alla copertura dei suddetti campi è ≥ 90%.

Analisi quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Cure palliative e terapia del dolore (AO, C.9)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **informativi**, tutti gli item delle direttrici "**Analisi attività di programmazione**", "**Completezza e qualità dei dati**" e "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

AO) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

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

AO.1.1 Sono stati formalmente definiti i requisiti minimi delle strutture della Rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore?

Si	No	In parte
☐	☐	☐

In caso di risposta affermativa allegare documentazione a riguardo, ai soli fini informativi.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

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

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

Il monitoraggio, ai soli fini informativi, ad opera della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, tiene conto della disponibilità e completezza dell'acquisizione nel NSIS del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice per l'anno 2020.

Analisi quantitativa

AO) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

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

Compilazione a cura del Ministero

AO.1.2 Ai fini della verifica del raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi e strutturali saranno monitorati, ai soli fini informativi, i seguenti aspetti sulla base delle informazioni ricavate dai flussi SIS, SDO, SIAD e Hospice:

1. Numero posti letto in hospice su numero deceduti per causa di tumore.
2. Variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT).

3. Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (dalla Rete cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica.

A solo titolo informativo saranno considerati i seguenti aspetti sulla base delle informazioni ricavate dai flussi SDO e SIAD:

4. Numero di malati oncologici deceduti in ospedale sul numero di deceduti per malattia oncologica. (dati ISTAT).
5. Variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra numero annuo di giornate effettive di assistenza (GeA) del medico palliativista erogate a domicilio ai malati deceduti a domicilio a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore (fonte ISTAT).

AO.2 Consumo territoriale di farmaci oppioidi registrato tramite flusso art. 50 D.L. 30.09.2003 n. 269, convertito con modificazioni nella Legge 24.11.2003 n. 326.

L'indicatore, monitorato ai soli fini informativi, è riportato nelle note alla compilazione.

Riabilitazione (C.2, C.3)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

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

Sarà oggetto di monitoraggio la completezza dei flussi informativi necessari ai fini dell'elaborazione degli indicatori utili per il monitoraggio dei livelli di assistenza (RIA 11).

C.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

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

Sarà oggetto di monitoraggio la qualità dei flussi informativi necessari ai fini delle elaborazioni per il monitoraggio dei livelli di assistenza (RIA 11).

Analisi quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Rete EMUR – 118 (C.12)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

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

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

Il monitoraggio, ad opera della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, tiene conto dei dati relativi all'emergenza-urgenza presenti nel NSIS in termini di disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo relativamente all'anno 2020 (EMUR 118).

Analisi quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Salute Mentale (C.10)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

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

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

Il monitoraggio ad opera della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica tiene conto dei dati relativi all'assistenza per la salute mentale nel NSIS in termini di disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo relativamente all'anno 2020.

Analisi quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Sanità Penitenziaria (AP)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Informativi**, tutti gli item della direttrice "A**nalisi attività di programmazione**".

Analisi attività di programmazione

AP) SANITA' PENITENZIARIA

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

AP.1.1 Ai soli fini informativi viene monitorata l'attivazione al 31 dicembre 2020, da parte della Regione dei posti letto in REMS (in ambito regionale o di altre Regioni previo accordo formale) anche transitorie, programmati dal programma regionale definitivo approvato dal Ministero della Salute. *(Compilazione a cura del Ministero***)**

AP.1.2 Definizione della rete dei servizi sanitari penitenziari.
a) Ai soli fini informativi, la Regione ha definito con proprio provvedimento la rete dei servizi sanitari penitenziari (intra-penitenziaria, territoriale e ospedaliera)?

Si	No
☐	☐

In caso di risposta affermativa inviare il provvedimento.

b) Ai soli fini informativi, si chiede alla Regione di inviare una relazione che descriva la rete dei servizi sanitari penitenziari attivati, indicando per ciascuna delle seguenti tipologie di servizio, in quali istituti penitenziari sono collocati:

- i servizi medici di base;
- i servizi multiprofessionali integrati;
- i servizi multiprofessionali integrati con sezioni sanitarie specializzate;
- il servizio medico multiprofessionale integrato con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (SAI);
- il n° di posti letto dedicati in reparti di ricovero e degenza all'interno delle strutture ospedaliere.

Completezza e qualità dei dati

Non è presente alcun Adempimento.

Analisi quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Dipendenze (C.11)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, tutti gli item della direttrice "Completezza e qualità dei dati".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

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

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

Il monitoraggio, ad opera della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, tiene conto dei dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti nel NSIS in termini di disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo relativamente all'anno 2020.

Analisi quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Gioco d'azzardo patologico (AAT)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Informativi**, tutti gli item delle direttrici "**Analisi attività di programmazione**" e "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

AAT) GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

AAT.1.1 Istituzione di un Osservatorio regionale e/o gruppi di lavoro specifici per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo, ai soli fini informativi.

AAT.1.3 In riferimento e distintamente all'Assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto e all'Assistenza sociosanitaria semi-residenziale/residenziale alle persone con Disturbo da Gioco d'Azzardo, descrizione, ai fini informativi, della tipologia di prestazioni erogate in termini di:

- prevenzione primaria, secondaria e interventi di riduzione del danno;
- percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale;
- riabilitazione.

Completezza e qualità dei dati

Non è presente alcun Adempimento.

Analisi quantitativa

AAT) GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Ai soli fini informativi verranno valutati i seguenti indicatori:

AAT.1.2 Numero di pazienti affetti da DGA seguiti presso i Dipartimenti per le dipendenze della Regione e presso Comunità semi-residenziali accreditate al SSN o autorizzate (specificando se accreditata o autorizzata) per struttura.

AAT.1.4 N° di operatori sociosanitari formati e % sul personale totale tramite corsi istituzionali effettuati a livello regionale o a livello nazionale con informazioni sulla tipologia di corso e durata.

AAT.1.5 La Regione deve compilare la tabella di seguito riportata inerente alle risorse effettivamente impiegate per le specifiche attività nell'anno 2020.

Attività assistenziali	Risorse (da fondo L. 190/2014 – comma 133)	Risorse (da fondo L. 208/2015 – comma 946)	Risorse regionali
Attività 1			
Attività 2			
Attività 3			
Totale			

AREA OSPEDALIERA

Rete Ospedaliera – Posti Letto e ricoveri (F, C.2, C.3)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati:

- **Monitorabili**, tutti gli item delle direttrici "**Completezza e qualità dei dati**";
- **Informativi**, tutti gli item delle direttrici "**Analisi attività di programmazione"** e "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

F) ASSISTENZA OSPEDALIERA

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

F.2.1 Qualora non già deliberato negli anni precedenti, ai soli fini informativi, la Regione ha formalmente adottato il Piano di riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera ai fini dell'adeguamento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi di cui al DM 70/2015?

Si ☐ No ☐

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

F.2.2 Monitoraggio dello stato di implementazione, ai soli fini informativi.

La valutazione è a cura del Tavolo tecnico di cui al Decreto 2 aprile 2015, n. 70.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Sarà oggetto di monitoraggio la completezza dei flussi informativi necessari ai fini dell'elaborazione degli indicatori utili per il monitoraggio dei livelli di assistenza (HSP11/12 – HSP11/13 – HSP24 – SDO).

C.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Sarà oggetto di monitoraggio la qualità dei flussi informativi necessari ai fini delle elaborazioni per il monitoraggio dei livelli di assistenza (HSP11/12 – HSP11/13 – HSP24 – SDO).

Analisi quantitativa

F) ASSISTENZA OSPEDALIERA

F.1.1 Tabelle offerta di posti letto regionali (sospeso per l'anno 2020)

F.1.2 Tabella posti letto di residenzialità

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

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

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

P.L. di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali	**2020**
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN ≥ tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (**A1**)	
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN <tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (**A2**)	
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN ≥ tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n.38 per le cure palliative e terapia del dolore (**B**)	
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN ≥ tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie territoriali per la salute mentale (**C**)	
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN ≥ tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla CSR (repertorio 30/CSR-2011) (**D**)	
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con costo giornaliero a carico SSN ≥ tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011) (**E**).	
P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L ospedalieri [A1 - B - C - D - E]	
Per 1.000 ab.	

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

Rete EMUR – PS (C.12)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

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

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

Il monitoraggio, ad opera della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, tiene conto dei dati relativi all'emergenza-urgenza presenti nel NSIS in termini di disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo relativamente all'anno 2020 (EMUR-PS).

Analisi quantitativa

Non è presente alcun Adempimento.

Rete dei punti Nascita (AAF, C.2, C.3)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati:

- **Monitorabili**, gli item AAF.2 della direttrice "**Analisi attività di programmazione**" e tutti gli item della direttrice "**Completezza e qualità dei dati**";
- **Informativi**, gli item AAF.1.1 e AAF.2.1 della direttrice "**Analisi attività di programmazione**", e tutti gli item della direttrice "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

AAF) PERCORSO NASCITA

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

AAF.1.1 Riorganizzazione dei Punti nascita regionali ai sensi dell'Accordo del 16 dicembre 2010 e del DM 70/2015, ai soli fini informativi.

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

N. di Punti Nascita attivi (*)		N. Punti Nascita con parti <500		N. Punti Nascita con parti ≥500 e <1000		N. Punti Nascita con parti ≥1000	
Pubblici	Privati accreditati	Pubblici	Privati accreditati	Pubblici	Privati accreditati	Pubblici	Privati accreditati

(*) Per punti nascita attivi si intendono i punti nascita che hanno effettuato parti nel corso dell'anno 2020.

AAF.2 Deroghe Punti Nascita substandard

Si chiede alla Regione di dare conferma, qualora fossero attivi Punti Nascita con volumi < 500 parti/anno, sull'avvenuta richiesta di parere su una o più deroghe al Comitato Percorso Nascita nazionale.

Si ☐ No ☐

AAF.2.1 Ai soli fini informativi, nel caso in cui il parere del CPN nazionale sia stato sfavorevole alla deroga, la Regione ha provveduto a chiudere il Punto Nascita?

Si ☐ No ☐

In caso di risposta affermativa, inviare l'atto formale di chiusura.

In caso di risposta negativa, la Regione deve fornire adeguate motivazioni.

Completezza e qualità dei dati

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

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

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

C.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

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

Sarà oggetto di monitoraggio la qualità dei flussi informativi necessari ai fini delle elaborazioni per il monitoraggio dei livelli di assistenza (CEDAP).

Analisi quantitativa

AAF) PERCORSO NASCITA

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

AAF.3 Dati relativi alla percentuale di "Late Preterm" nei PN di I e II livello

L'adempimento ha valore unicamente informativo.

I dati relativi ai "Late Preterm" saranno forniti a cura del Ministero (fonti dati CEDAP e modelli NSIS HSP11 e HSP11bis).

Rete dei centri di senologia (AAV)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, tutti gli item delle direttrici "**Analisi attività di programmazione**" e "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

AAV) RETE DEI CENTRI DI SENOLOGIA

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

AAV.1 La Regione effettua il monitoraggio dei volumi di attività delle strutture della rete di senologia ai sensi del DM 70/2015?

☐ Sì ☐ No

In caso di risposta affermativa, indicare le strutture che ancora non raggiungono la soglia minima prevista e relazionare circa le attività attuate per la riduzione della dispersione dei casi.

AAV.1.1 In caso di risposta affermativa al punto AAV.1, compilare la seguente tabella per ciascun Centro di Senologia:

Denominazione Istituto	Codice Istituto	Sub codice Stabilimento	Codice disciplina	Progressivo divisione	Norma regionale di riferimento
Fonte: HSP.11	Fonte: HSP.11	Fonte: HSP.11bis	Fonte: HSP.12/13	Fonte: HSP.12	

In caso di risposta negativa al punto AAV.1, relazionare in merito alle azioni intraprese per garantirne la realizzazione.

AAV.2 Per ciascun Centro di Senologia, riportare nella tabella seguente il numero di professionalità disponibili, o comunque funzionalmente collegate:

Denominazione Istituto dove è collocata la Breast Unit Fonte: HSP.11	Numero di professionalità										
	Radiologia	Oncologia medica	Chirurgia Senologica	Anatomia Patologica	Radioterapia	Chirurgia Plastica ricostruttiva	Medicina Nucleare	Genetica Clinica	Riabilitazione	Psico-oncologia	Data Manager

Riportare, inoltre, il numero di professionalità disponibili in qualità di servizi di supporto:

Denominazione Istituto dove è collocata la Breast Unit Fonte: HSP.11	Numero di professionalità		
	Consulenza nutrizionale	Assistenza domiciliare	Terapie complementari

AAV.4 La Regione garantisce un percorso diagnostico-terapeutico specifico per le donne ad alto rischio e con mutazione genetica (rischio eredo-familiare)?

Sì ☐ No ☐

In caso di risposta affermativa specificare in quali Centri di cui al punto AAV.1.1 viene effettuato il servizio e relazionare in merito.

AAV.5 La Regione ha previsto iniziative informative rivolte all'utenza allo scopo di assicurare una corretta informazione sui Centri eroganti i servizi e le modalità di accesso? (cfr. all.1 linee di indirizzo - Carta dei servizi del Centro di senologia)?

Sì ☐ No ☐

In caso di risposta affermativa relazionare in merito alle iniziative adottate.

AAV.6 Sono state previste soluzioni informatiche e specifico personale per la raccolta sistematica dei dati ed il monitoraggio dei Centri di senologia attraverso database al fine di supportarne l'attività clinica e scientifica? (cfr. punto 6.2 delle linee di indirizzo)

Sì ☐ No ☐

In caso di risposta affermativa specificare nel dettaglio quali soluzioni informatiche sono state adottate ed esplicitare le modalità di alimentazione, gestione e fruizione delle banche dati.

Completezza e qualità dei dati

Non è presente alcun Adempimento.

Analisi quantitativa

AAV) RETE DEI CENTRI DI SENOLOGIA

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

AAV.7 INDICATORI BREAST UNIT - Ai fini del monitoraggio del rispetto dello standard di volume dei casi nei Centri identificati come richiesto dal DM 70/2015, si verificherà il numero di strutture che effettuano meno di 135 primi interventi su tumori della mammella incidenti, in relazione al valore rilevato nell'anno precedente.

Si procederà all'esame dei dati in possesso del Ministero della Salute in base ai dati del Flusso Informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera, secondo le modalità di calcolo esplicitate nelle note.

AAV.3 Per ciascun Centro regionale di Senologia specificare nella tabella seguente il numero di pazienti trattati chirurgicamente sulla base della provenienza: se da screening ASL gratuito di popolazione attiva, o da altra provenienza:

Denominazione Istituto dove è collocata la Breast Unit Fonte: HSP.11	Numero di pazienti provenienti da screening ASL gratuito di popolazione attiva	Numero di pazienti con altra provenienza

Rete Laboratoristica (AK)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, tutti gli item delle direttrici "**Analisi attività di programmazione**" e "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

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

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

AK.1 Se non già approvato negli anni precedenti, ai fini dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate, è stato approvato/aggiornato nell'anno 2020 il Piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio?

Si ☐ No ☐

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

Atto n. _____

Completezza e qualità dei dati

Non è presente alcun Adempimento.

Analisi quantitativa

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

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

AK.2 Compilare le seguenti tabelle. Nel caso in cui siano presenti laboratori che erogano meno di 200.000 prestazioni/anno, inviare una relazione in merito alle azioni intraprese atte a garantire l'efficientamento del sistema.

HUB

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

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

***Nel computo delle prestazioni erogate vanno considerate anche le prestazioni erogate a pazienti ricoverati*

SPOKE

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

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

***Nel computo delle prestazioni erogate vanno considerate anche le prestazioni erogate a pazienti ricoverati*

Rete Trasfusionale (AAE)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Informativi**, tutti gli item delle direttrici "**Completezza e qualità dei dati**" e "**Analisi quantitativa**".

Analisi attività di programmazione

Non è presente alcun Adempimento.

Completezza e qualità dei dati

AAE) ATTIVITÀ TRASFUSIONALE

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

AAE.1. Ai fini informativi, è oggetto di monitoraggio la trasmissione dei dati annuali di attività trasfusionali necessari per la predisposizione del Programma annuale di autosufficienza, attraverso il Sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA), entro la scadenza prevista 28 febbraio (validazione entro il 30 marzo), attestata da parte del Centro Nazionale Sangue.

Analisi quantitativa

AAE) ATTIVITÀ TRASFUSIONALE

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

AAE.1.1 Ai fini informativi, è oggetto di monitoraggio la variazione percentuale tra quanto rilevato nell'anno e quanto dichiarato nel programma annuale di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti relativamente alla produzione e al consumo di globuli rossi, calcolata secondo gli indicatori sotto riportati e attestata dal Centro Nazionale Sangue.

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

A= globuli rossi prodotti rilevati nell'anno.

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

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

C= globuli rossi consumati rilevati nell'anno.

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

AAE.2 Ai fini informativi, è oggetto di monitoraggio la variazione percentuale tra quanto rilevato nell'anno e quanto programmato nel programma annuale di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti relativamente alla quantità di plasma da conferire al frazionamento industriale, calcolata secondo l'indicatore sotto riportato e attestata dal Centro Nazionale Sangue.

Indicatore di produzione plasma: {[(A-B) /B] *100}

A= plasma conferito al frazionamento industriale nell'anno (chilogrammi).

B=plasma da conferire al frazionamento industriale programmato nel programma annuale di autosufficienza (chilogrammi).

AAE.3 Ai fini informativi, è oggetto di monitoraggio la differenza tra la percentuale dei donatori periodici sul totale dei donatori regionali dell'anno di rilevazione e la percentuale nazionale dei

donatori periodici dell'anno precedente, secondo l'indicatore sotto riportato, e attestata dal Centro Nazionale Sangue.

$$\text{Indicatore di donazione periodica P} = \left\{\left[\left(\frac{P_R}{D_R}\right)\cdot 100\right] - \left[\left(\frac{P_N}{D_N}\right)\cdot 100\right]\right\}$$

P_R= N. donatori periodici regionali nell'anno di rilevazione.

D_R= N. donatori totali regionali nell'anno di rilevazione.

P_N= N. totale donatori periodici nazionali nell'anno precedente.

D_N= N. totale donatori nazionali nell'anno precedente.

AREA GOVERNANCE

Accreditamento (AH)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati:

- **Monitorabili**, gli item AH.1, AH.2, AH.4;
- **Informativi**, gli item AH.3, AH.5, AH.6, AH.7.

Analisi Quali/Quantitativa

AH) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

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

AH.1 La Regione ha uniformato il funzionamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante ai criteri e ai principi di trasparenza, terzietà, imparzialità, previsti dall'Allegato B dell'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015, in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep n. 32/CSR)?

Si ☐ No ☐

In caso di risposta affermativa indicare i provvedimenti di riferimento o il regolamento di funzionamento dell'OTA.

AH.2 La Regione ha provveduto ad individuare i soggetti valutatori e il personale che opera nell'Organismo Tecnicamente Accreditante?

Si ☐ No ☐

In caso di risposta affermativa allegare l'organigramma o altra documentazione e indicare, se presente, l'elenco/albo dei valutatori.

_____

_____

_____

AH.3 Indicare, ai soli fini informativi, il numero delle verifiche effettuate dall'Organismo Tecnicamente Accreditante presso le strutture sanitarie e sociosanitarie nell'anno 2020.

AH.4 I criteri/requisiti/evidenze del Disciplinare tecnico per l'accreditamento, così come articolati nell'allegato A dell'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 (Rep n. 32/CSR), sono presenti o sono stati recepiti all'interno dei manuali o dei provvedimenti normativi che definiscono i requisiti di accreditamento/autorizzazione delle strutture sanitarie della Regione?

Si ☐ No ☐

In caso di risposta affermativa indicare gli atti normativi di riferimento.

_____

_____

AH.5 Se sì all'item AH.4 indicare, ai soli fini informativi, il numero di strutture verificate utilizzando i manuali o i provvedimenti normativi integrati con le indicazioni del Disciplinare tecnico per l'accreditamento.

AH.6 Compilare, ai soli fini informativi, la seguente Tabella sulle procedure di accreditamento relative alle strutture private.

	Totale delle strutture private che operano per conto e a carico del SSN/SSR	**Strutture private accreditate**
	N° totale	*N°*
Strutture di ricovero ospedaliere		
Strutture ambulatoriali		
Strutture territoriali		

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

AH.7 A titolo informativo, compilare la seguente Tabella sulle procedure di accreditamento relative alle strutture pubbliche (secondo le tipologie di strutture considerate utilizzando la classificazione adottata dalla rilevazione condotta annualmente da Agenas).

	Totale delle strutture pubbliche	**Strutture pubbliche accreditate**	**Modalità di verifica**
	N° totale	*N°*	*Indicare il numero di strutture e la modalità di verifica*
Strutture di ricovero ospedaliere			**N. ____strutture accreditate con autocertificazione+ verifica esterna istituzionale**
			N. ____strutture accreditate con verifica esterna istituzionale
			N. ____strutture accreditate con autocertificazione
			N. ____strutture accreditate con altre modalità (specificare)
Strutture ambulatoriali			**N. ____strutture accreditate con autocertificazione+ verifica esterna istituzionale**
			N. ____strutture accreditate con verifica esterna istituzionale
			N. ____strutture accreditate con autocertificazione
			N. ____strutture accreditate con altre modalità (specificare)
Indicare, nella casella, le tipologie di strutture considerate (lab. Analisi, Radiologia, Riabilitazione ex art. 26, altro - definire)			
Strutture territoriali			**N. ____strutture accreditate con autocertificazione+ verifica esterna istituzionale**
			N. ____strutture accreditate con verifica esterna istituzionale
			N. ____strutture accreditate con autocertificazione
			N. ____strutture accreditate con altre modalità (specificare)
Indicare, nella casella, le tipologie di strutture considerate (Riabilitazione ex art. 26, Strutture per anziani e demenze senili, Strutture per disabili, Strutture per dipendenze patologiche, Strutture per persone con problemi psichiatrici, Strutture per malati di AIDS, Hospice, altro - definire)			

Qualora la Regione non abbia concluso l'iter di accreditamento istituzionale per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche, relazioni sulle strutture per le quali è ancora in corso tale procedura e sulle

motivazioni del ritardo, indicando il cronoprogramma delle azioni attivate o in fase di attivazione per pervenire alla conclusione del processo.

Cartelle Cliniche (AM)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **informativi**, gli item AM.1 e AM.2.

Analisi Quali/Quantitativa

AM) CONTROLLO CARTELLE CLINICHE

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

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

Il monitoraggio sarà condotto sulla base di quanto previsto dalla Legge 133 del 6 agosto 2008 e secondo le indicazioni riportate nella Circolare del MdS n. 5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" (G.U. Serie Generale n.122 del 27 maggio 2010), ad integrazione della nota n. 3372 del 31/01/2011" (cfr. Tabella 1- "Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6 agosto 2008) - Anno di verifica 2020", riportata nelle Note alla compilazione). In particolare, saranno presi in considerazione gli indicatori "numero CC controllate per struttura erogatrice" e "% CC controllate per struttura erogatrice" così come evidenziati nella tabella 1 riportata nelle Note alla compilazione. Allegato Excel "*Cartelle Cliniche (AM)_Tabelle*".

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

Il monitoraggio sarà condotto sulla base del report previsto all'art. 3 comma 2 del D.M. 10 dicembre 2009 e secondo le indicazioni riportate nella Circolare n. 5865 del 1 marzo 2013 "Ricognizione attività prevista dal DM 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" (G.U. Serie Generale n.122 del 27 maggio 2010) – ad integrazione della nota n. 3372 del 31/01/2011" (cfr. Tabella 2 "Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009", riportata nelle Note alla compilazione). In particolare, saranno presi in considerazione il Report e gli indicatori "numero CC prestazioni inappropriate per struttura erogatrice" e % CC prestazioni inappropriate per struttura erogatrice" così come evidenziati nella tabella 2 riportata nelle Note alla compilazione.

Liste di attesa (H)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **informativi**, gli item H.1, H.2, H.3.

Analisi Quali/Quantitativa

H) LISTE D'ATTESA

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

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

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

H.2 Monitoraggio ex ante così come definito dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (PNGLA).

Si procederà all'esame, ai soli fini informativi, dei dati pervenuti all'Ufficio III della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della salute.

H.3 Monitoraggio delle attività di ricovero

Il Monitoraggio riguarda i tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili con classe di priorità A, indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali.

Tale Monitoraggio, ai soli fini informativi, sarà effettuato attraverso la misurazione dell'indicatore: "Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii."

Soglie di riferimento anno 2020: percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" (entro 30 giorni) ≥ III quartile della distribuzione registrata nell'anno 2016.

Individuazione di strutture semplici e complesse (AAM)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verrà considerato **informativo** l'item AAM.1.

Analisi Quali/Quantitativa

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

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

AAM.1 Numero delle strutture semplici e complesse

Compilazione a cura del Ministero

Tipologia di incarico	**N. Strutture regionali da Standard**	**Anno 2020**	
		Numero strutture assegnate	**Numero strutture previste**
Strutture complesse ospedaliere			
Strutture complesse non ospedaliere			
Strutture semplici (incluse le strutture semplici a valenza dipartimentale)			

Dispositivi Medici e grandi apparecchiature sanitarie (C.2, C.3, C.6, C.16)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, gli item C.2, C.3, C.6, C.16.

Analisi Quali/Quantitativa

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Sarà oggetto di monitoraggio la completezza dei flussi informativi necessari ai fini dell'elaborazione degli indicatori utili per il monitoraggio dei livelli di assistenza (HSP.14/STS.14).

C.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Sarà oggetto di monitoraggio la qualità dei flussi informativi necessari ai fini dell'elaborazione degli indicatori utili per il monitoraggio dei livelli di assistenza (HSP14/STS.14).

C.6) DISPOSITIVI MEDICI

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Monitoraggio della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici effettuata dal Ministero della salute per l'anno 2020.

C.16) MONITORAGGIO GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

La Regione deve produrre apposita certificazione sulla pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22 aprile 2014, in uso presso le strutture pubbliche e private accreditate alla data del 31.12.2020 (rif. Art. 7 del DM 22 aprile 2014).

Malattie Rare (AAU)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, gli item AAU.1 e AAU.2.

Analisi Quali/Quantitativa

AAU) OBBLIGHI INFORMATIVI REGISTRO NAZIONALE MALATTIE RARE

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

Il monitoraggio è condotto dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria tramite l'Istituto Superiore di Sanità e tiene conto della tempestività nell'invio e della completezza dei dati.

AAU.1) Invio dei dati al RNMR – Tempestività

Sarà monitorato che l'invio dei dati avvenga entro il 31 luglio dell'anno successivo al periodo di riferimento.

AAU.2) Invio dei dati al RNMR – Completezza

Sarà monitorato che i record trasmessi contengano le informazioni, incluse nel dataset minimo approvato con Accordo Stato-Regioni del 10 maggio 2007, relative alle seguenti variabili:

- Identificativo del paziente.
- Diagnosi della malattia definita secondo le definizioni ed i codici di esenzioni adottati dal DM 279/2001 (fino al 14 settembre 2017) e dall'Allegato 7 al DPCM 12 gennaio 2017 (dal 15 settembre 2017 in poi).
- Codice NSIS della struttura che ha effettuato la certificazione di malattia ai fini del rilascio dell'esenzione.

Rischio Clinico (AS)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, gli item AS.1.1, AS.2.1, AS.3, AS.4.

Analisi Quali/Quantitativa

AS) RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali.

AS.1.1 La Regione ha provveduto a monitorare l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute nelle proprie Aziende Sanitarie?

Compilare la tabella sottostante.

Raccomandazione (A)	Totale Aziende Sanitarie ove applicabile (B)	N° Aziende Sanitarie che hanno implementato (C)	%= colonna C/B (D)
Racc N°1			
Racc N°2			
Racc N°3			
Racc N°4			
Racc N°5			
Racc N°6			
Racc N°7			
Racc N°8			
Racc N°9			
Racc N°10			
Racc N°11			
Racc N°12			
Racc N°13			
Racc N°14			
Racc N°15			
Racc N°16			
Racc N°17			
Racc N°18			
Racc N°19			

AS.2 Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici.

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

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

AS.3 Monitoraggio dell'adozione della check list in Sala operatoria (*Compilazione a cura del Ministero)*.

I dati delle SDO sono utilizzati per verificare che all'interno delle Schede di Dimissione ospedaliera della Regione siano presenti errori in meno del 10% del campo check list delle SDO dei ricoveri.

AS.4 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES, Compilazione delle schede A e B degli eventi sentinella (*Compilazione a cura del Ministero).*

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

Obiettivi Direttori Generali (AAQ)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verrà considerato **informativo** l'item AAQ.1.

Analisi Quali/Quantitativa

AAQ) OBIETTIVI DIRETTORI GENERALI

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

AAQ.1 Ai soli fini informativi, la Regione deve inviare documentazione relativa a:

- Disposizioni normative regionali relative ad obiettivi ed eventuali sotto-obiettivi, al sistema di monitoraggio e ai criteri di valutazione vigenti.
- Verranno valutate le seguenti informazioni:
    - tempistica del monitoraggio;
    - numero e tipologia degli indicatori di salute e assistenziali.
- Per ogni indicatore:
    - obiettivo e sotto-obiettivo cui è riferito, coerenza con gli obiettivi nazionali e regionali;
    - soglia, peso, fonte informativa, periodo di riferimento.
- Contratti sottoscritti dai Direttori Generali/Commissari delle Aziende del SSR, già in carica o nominati nell'anno 2020;
- la relazione sulle valutazioni, e relativi esiti, dei Direttori Generali per i quali nel 2020 siano trascorsi ventiquattro mesi dalla nomina.

Personale (C.2, C.3, V)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, gli item C.2, C.3 e V.

Analisi Quali/Quantitativa

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.2) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Sarà oggetto di monitoraggio la completezza dei flussi informativi necessari ai fini dell'elaborazione degli indicatori utili per il monitoraggio dei livelli di assistenza (Tabella 1C.BIS).

C.3) OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – QUALITA'

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Sarà oggetto di monitoraggio la qualità dei flussi informativi necessari ai fini delle elaborazioni per il monitoraggio dei livelli di assistenza (Tabella 1C.BIS).

V) PIANO NAZIONALE AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Ai fini del monitoraggio la Regione deve fornire le seguenti informazioni:

1. Attuazione degli artt. 22, comma 8 e 31, comma 1, dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017.
2. Provvedimento (in corso di validità) con cui sono stati individuati gli obiettivi formativi regionali e/o sono state date indicazioni alle strutture sanitarie regionali per la programmazione delle attività formative rivolte al personale sanitario, specificando gli eventuali atti di approvazione dei piani formativi aziendali.
3. L'Ente accreditante deve vigilare sulla programmazione delle attività formative da parte dei provider. Ciascun provider ha l'obbligo di realizzare almeno il 20% dell'attività programmata annualmente ed inserita nel relativo piano formativo.
4. L'Ente accreditante ha la responsabilità del controllo dei Provider che ha accreditato nonché della verifica delle attività che questi svolgono nel territorio di competenza. A tal fine ogni anno l'Ente accreditante deve effettuare verifiche e monitoraggio informatico sugli eventi, anche per il tramite degli Osservatori regionali, ad almeno il 10% dei provider che ha accreditato.
5. Verifica del rispetto da parte dei provider delle norme in materia di sponsorizzazioni e di indipendenza dei contenuti formativi rispetto agli interessi commerciali.
6. Verifica, da parte dell'Ente accreditante, del completo trasferimento dei report degli eventi formativi da parte dei provider al Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie (Co.Ge.A.P.S.) con l'utilizzo del tracciato unico definito dalla Commissione Nazionale Formazione Continua.

Dati Economici (C.1)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verrà considerato **monitorabile** l'item C.1.

Analisi Quali/Quantitativa

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.1) OBBLIGHI INFORMATIVI ECONOMICI

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Saranno oggetto di monitoraggio i modelli economici di seguito elencati relativi alle Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, IRCCS pubblici, anche trasformati in Fondazioni, Aziende Ospedaliere Universitarie (Decreto 23 ottobre 2006), spesa "accentrata regionale" (modello '000') e "riepilogativo regionale" (modello '999') in base al D.M. 13 novembre 2007, D.M. 15 giugno 2012, D. M. 24 maggio 2019.

Modello	% copertura
CE consuntivo 2019	
CE preventivo 2020	
CE I trimestre 2020	
CE II trimestre 2020	
CE III trimestre 2020	
CE IV trimestre 2020	
CE consuntivo 2020(a partire dal 30 giugno 2021)	
SP consuntivo 2019	
SP consuntivo 2020(a partire dal 30 giugno 2021)	
CP consuntivo 2019	
CP consuntivo 2020 (a partire dal 30 settembre 2021)	
LA consuntivo 2019	
LA consuntivo 2020 (a partire dal 30 giugno 2021)	

Contabilità Analitica e Certificabilità del Bilancio (N, AT)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, gli item N.1, N.2, N.3, AT.1, AT.2, AT.3 e AT.4.

Analisi Quali/Quantitativa

N) CONTABILITA' ANALITICA

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

N.1 Tabella "Verifica e monitoraggio stato d'implementazione Co.An.".

La Regione deve compilare l'allegata tabella "Verifica e monitoraggio stato d'implementazione Co.An." (allegato Excel "Scheda Co.An."), secondo le modalità riportate nelle Note per la compilazione.

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

Sistema di contabilità analitica regionale, uniforme per tutte le aziende ☐
Sistema di contabilità analitica proprio per ogni azienda ☐

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

Si	No
☐	☐

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

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

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

Si	No
☐	☐

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

Si	No
☐	☐

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

Si	No
☐	☐

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

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

Si	No
☐	☐

Spesa Farmaceutica (C.14, C.15, L)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verranno considerati **Monitorabili**, gli item C.14, C.15 e L.

Analisi Quali/Quantitativa

C) OBBLIGHI INFORMATIVI

Compilazione a cura del Ministero

C.14 - C.15) FLUSSI INFORMATIVI RELATIVI ALLA FARMACEUTICA

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Il monitoraggio è condotto dalla Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica sulla base dei dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci, ai consumi ospedalieri di medicinali, alla tracciabilità del farmaco presenti nel NSIS per l'anno 2020, secondo le modalità e tempistiche riportate nelle note alla compilazione.

L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

L.1 Rispetto dei vincoli della spesa farmaceutica

L.1.1 "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica e dei tetti stabiliti dalla L.135/2012 e successivamente modificati dalla L. 232/2016".

Il Ministero attraverso AIFA predispone la "Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica e dei tetti stabiliti dalla L. 135/2012 e successivamente modificati dalla L. 232/2016".

Per i criteri di monitoraggio si rinvia a quanto riportato nel Documento adempimenti 2020 – Ministero dell'economia e delle finanze.

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

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

Trend annuale dell'incidenza percentuale rispetto al fabbisogno sanitario regionale, distintamente per la spesa farmaceutica convenzionata e per gli acquisti diretti.

LEA	2015	2016	LEA	2017	2018	2019	2020
% spesa territoriale			% spesa convenzionata				
% spesa ospedaliera			% spesa per acquisti diretti totale (6,89%)				
			% spesa per acquisti diretti al netto dell'ossigeno (6,69%)				
			% spesa per acquisti diretti solo ossigeno (0,20%)				
% totale			% totale				

Prestazioni Aggiuntive (Y)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verrà considerato **monitorabile** l'item Y.1.

Analisi Quali/Quantitativa

Y) LEA AGGIUNTIVI

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

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

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

Tipologia di prestazioni aggiuntive	**Si / No**	**Importo spesa**
Assistenza farmaceutica: farmaci di classe C ai soggetti affetti da malattie rare; medicina non convenzionale, ecc.		
Assistenza specialistica ambulatoriale		
Assistenza protesica		
Assistenza integrativa		
Assistenza economica: assegno di cura, contributi a persone affette da patologie, rimborso spese viaggi per cure, ecc.		
Prestazioni non sanitarie (ex ONIG) agli invalidi di guerra		
Assistenza riabilitativa: assunzione a carico del SSR di oneri di spettanza dei Comuni per prestazioni di natura socioassistenziale, metodo Doman, altre metodologie		
Esenzioni: ampliamento disciplina delle esenzioni per reddito o patologia cronica o rara		
Assistenza sociosanitaria: assunzione oneri sociali a carico del SSR		
Altro da specificare		

Documentazione da allegare:

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

Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE (AAD)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verrà considerato **monitorabile** l'item AAD.

Analisi Quali/Quantitativa

AAD) SISTEMA FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

Nome referente regionale _____

Telefono _____ **E-mail** _____

Monitoraggio dello stato di realizzazione dei sistemi di FSE regionali in coerenza con quanto previsto dal DPCM n. 178 del 29 settembre 2015 e dall'articolo 1, comma 382, della legge n. 232/2016 (legge di bilancio 2017) di modifica dell'articolo 12 del decreto-legge n. 179/2012, nonché dal DM 4 agosto 2017 attuativo del medesimo articolo 12 del decreto-legge n. 179/2012.

Interconnessione Sistemi Informativi (AAW)

Per l'anno 2020, ai fini del monitoraggio e della verifica dell'adempimento verrà considerato **monitorabile** l'item AAW.

Analisi Quali/Quantitativa

AAW) INTERCONNESSIONE A LIVELLO NAZIONALE DEI SISTEMI INFORMATIVI SU BASE INDIVIDUALE DEL SSN

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

Monitoraggio ad opera della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, dello stato di attuazione dell'interconnessione dei sistemi informativi NSIS su base individuale in coerenza con il Regolamento n. 262 del 2016.

NSG

Monitoraggio ai soli fini informativi del Sistema di Garanzia ai sensi dell'articolo 2, comma 4 del D.M. 12 marzo 2019 "*All'interno del sistema di garanzia è individuato, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del presente decreto, un sottoinsieme di indicatori da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA attraverso: i) il confronto delle misure degli indicatori con delle misure di riferimento, tenuto conto dell'andamento temporale; ii) un punteggio per indicatore, secondo una scala definita di valori; iii) un risultato globale regionale che indica entro quale soglia deve ritenersi garantita l'erogazione dei LEA; iv) un risultato globale nazionale, che permette di monitorare il Paese nel tempo e di confrontarlo con altre realtà a livello internazionale*".

Si riporta di seguito l'elenco degli indicatori del sottoinsieme *CORE* per l'anno 2020 suddiviso nei 3 macro-livelli di assistenza:

Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

N° Indicatore	Descrizione Indicatore
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino.
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.
P14C	Indicatore composito sugli stili di vita.
P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina.
P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.
P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto

Assistenza Distrettuale

N° Indicatore	Descrizione Indicatore
D03C*	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco.
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici.
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
D33Za	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)

**L'indicatore è da calcolare ad anni alterni con D04C.*

Assistenza Ospedaliera

N° Indicatore	Descrizione Indicatore
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
H13C	Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti
H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti.

Bibliografia

Fonti informative di riferimento

HSP11/12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (D.M. 5.12.2006 recante "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" e s.m.i.).

HSP11/13 - Posti letto per disciplina delle case di cura private (D.M. 5.12.2006 recante "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" e s.m.i.).

HSP.14 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero (D.M. 5.12.2006 recante "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" e s.m.i.).

Rilevazione CEDAP (D.M. 16 luglio 2001, n. 349 Regolamento recante "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di. nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni").

RIA.11 - Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 l. 833.78 (D.M. 5.12.2006 recante "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" e s.m.i.).

FLS 11 - Dati di struttura e di organizzazione della unità sanitaria locale (D.M. 23.12.1996 recante "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" e s.m.i.).

STS.14 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere (D.M. 5.12.2006 recante "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" e s.m.i.).

STS 24 - Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale (D.M. 5.12.2006 recante "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" e s.m.i.).

FLS 12 - Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria (D.M. 23.12.1996 recante "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" e s.m.i.).

FLS.21 - Attività di assistenza sanitaria di base (D.M. 5.12.2006 recante "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" e s.m.i.).

STS 21 - Assistenza specialistica territoriale (D.M. 5.12.2006 recante "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" e s.m.i.).

SDO - Scheda di dimissione Ospedaliera, rileva l'attività di degenza ordinaria, DH, DS, riabilitazione ospedaliera e lungodegenza svolte da strutture pubbliche e private accreditate

PIANI DI RISANAMENTO - Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB Regolamento UE 652/2014; Decisione di esecuzione 2014/288/UE; istruzioni ministeriali.

PNAA - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale; D.lgs. 90/93; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005.

TRACCIABILITA' DELLA FILIERA DELL'ACQUACOLTURA - ANAGRAFE - decreto legislativo 4 agosto 2008, n.148; DM 8 luglio 2010 "Disposizioni per la gestione dell'anagrafe delle imprese di acquacoltura".

BENESSERE TRASPORTO – Regolamento CE 1/2005 Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto". Istruzioni ministeriali.

BENESSERE IN ALLEVAMENTO - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.lgs. 146/2001 - D.lgs. 267/03 - Decreto 778/2006/CE - D.lgs. 181/10 - D.M. 4 febbraio 2013, D.lgs. 122/11, D.lgs. 126/11, Piano Nazionale Benessere Animale 2008 e s.m.i. (note prot. 16031-P-4/8/2008 e 16287-19/06/2015). Istruzioni ministeriali.

ANAGRAFE CANINA - Rilevazione delle popolazioni di cani e gatti randagi e di proprietà. Art. 8 della Legge 14/08/1991, n. 281 - Accordo Stato-Regioni del 06/02/2003 art. 4 comma 1 lett. b) e c); Decreto interministeriale 06/05/2008 - Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2013.

FARMACOSORVEGLIANZA: Attività di ispezione e verifica. Trasmissione al Ministero della Salute della relazione delle attività di cui al comma 3 dell'art.88 del D.lgs. 6 aprile 2006, n.193. Nota DGSAF n. 1466 del 26/01/2012 "linee guida per la predisposizione, effettuazione e gestione dei controlli sulla distribuzione e l'impiego dei medicinali veterinari"; DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013.

SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle disposizioni comunitarie; Regolamento 2160/03 e s.m.i.; DM 13/11/13 in materia di funzionamento dell'anagrafe avicola; istruzioni ministeriali.

TSE Reg.999/2001; Decisione di esecuzione 2014/288/UE, che stabilisce requisiti uniformi per la notifica dei programmi di eradicazione e di controllo delle malattie animali cofinanziati dalla Comunità.

ANAGRAFE OVICAPRINA - Reg. CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine.

TRACCIABILITÀ DELLA FILIERA SUINA - anagrafe: D.lgs. 26/10/2010 n. 200 che stabilisce modalità di identificazione e registrazione suini.

TRACCIABILITÀ DELLA FILIERA APISTICA: D.M.4 dicembre 2009, D.M. 11 agosto 2014 "Approvazione del manuale operativo per la gestione dell'anagrafe apistica nazionale".

CLASSIFICAZIONE DELLE AREE PER LA PRODUZIONE DI MOLLUSCHI BIVALVI VIVI - Sistema Informativo Nazionale SINVSA; Reg. 854/2004, Allegato II, capo II; Nota DGISAN n. 15897 del 18/04/2014.

ALIMENTI IRRADIATI - Piano nazionale di controllo ufficiale sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti - 2015-2018 (nota DGISAN n. 4167-P-10/02/2015) - D.lgs. 30/1/2001 n. 94.

OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003 relativi agli alimenti e ai mangimi geneticamente modificati. Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti - anni 2015-2018.

AUDIT SU STABILIMENTI - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004. Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212 concernente Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti 882/2004 e 854/2004.

PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006.

ADDITIVI ALIMENTARI - Piano nazionale riguardante il controllo ufficiale degli additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari - anno 2015-2018 (nota DGISAN n. 4166 -P-10/02/2015) - Reg. CE 1333/2008.

FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale; Reg. CE 396/2005. Regolamento di esecuzione (UE) 2015/595 Istruzioni ministeriali.

S.INTE.S.I. STABILIMENTI (art. 3 del reg. 854/2004; art. 31 del Reg. 882/04) anagrafe degli stabilimenti riconosciuti per la produzione di alimenti di origine animale.

AUDIT SULLE AUTORITA' COMPETENTI (art. 4.6 del Reg. 882/04). Nota concernente "rilevazione di attività di audit svolta". Istruzioni ministeriali.

FINANZIAMENTO DEI CONTROLLI UFFICIALI - Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) 882/2004 - Art. 8, comma 1 e 2, del D.lgs. n. 194 del 19.11.2008; DM 24/01/2011 "modalità tecniche per il versamento delle tariffe e la rendicontazione".

Tabella 1C.bis - Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private accreditate e non accreditate (D.M. 29.01.2013 con il quale il modello di rilevazione HSP.16, di cui al decreto del Ministro della sanità 23 dicembre 1996 e s.m.i., è stato sostituito dalla Tabella 1C bis, la cui rilevazione è effettuata attraverso il Sistema Conoscitivo del personale dipendente delle amministrazioni pubbliche – SICO, secondo le modalità e i termini di invio stabiliti nella Circolare al Conto Annuale, adottata annualmente dal Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, ai sensi del Titolo V del decreto legislativo 30 marzo 2001 n.165).

Flusso informativo ex articolo 50 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.

Monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale - DM 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale" e DM 25 novembre 2013 "Ampliamento del nucleo di informazioni essenziali relative ai contratti di dispositivi medici previsto dall'articolo 6, comma 2, del decreto 11giugno 2010, recante «Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale»").

SIAD - Flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza domiciliare (*DM 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare)* Rileva gli interventi sanitari e sociosanitari programmati, effettuati presso il domicilio dei Pazienti presi in carico, inclusi i pazienti in fase terminale, dagli operatori dell'SSN.

FAR - 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").

HOSPICE - Flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice").

SISM - Flusso informativo dei dati relativi alla assistenza per salute mentale (*DM 15 ottobre 2010 "Istituzione del Sistema informativo per la salute mentale"*).

SIND - Flusso informativo dei dati relativi alla dipendenza da sostanze stupefacenti (*DM 11 giugno 2010 "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze"*).

EMUR - 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*"). Suddiviso in EMUR PS ed EMUR 118.

Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto - (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.).

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

Flusso SIMES - Decreto 11 dicembre 2009 - monitoraggio degli errori in sanità.

Area Prevenzione

Sanità pubblica

- 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 il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025 (Rep. Atti n. 127/CSR del 6 agosto 2020). **U**
- 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 il posticipo delle fasi di pianificazione e adozione dei Piani regionali della prevenzione di cui al Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 - 2025 (Rep. Atti n. 51/CSR del 5 maggio 2021). **U**
- Intesa Rep. Atti n. 127 del 6 agosto 2020 di adozione del PNP 2020-2025. **U**
- adottare, entro il 30 giugno 2005, il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione di cui all'allegato 2, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale. Le Regioni e le Province autonome convengono, per la completa attuazione di quanto previsto dal citato Piano, di destinare 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, come individuate nella tabella di cui all'allegato n. 2. Le Regioni e le Province autonome si impegnano, altresì, a trasmettere al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo della malattie, istituito dall'articolo 1 della Legge 26 maggio 2004, n.138, di conversione del Decreto Legge 29 marzo 2004, n.81, idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire al medesimo Centro di certificare l'avvenuto adempimento, ai fini di quanto previsto dal successivo articolo 12 (art. 4, comma 1, lettera e) dell' Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005). **U**
- 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). **U**
- Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009, ha ritenuto di dare alle Regioni l'opportunità di completare e consolidare i programmi in corso di attuazione, ma anche, ove l'emanazione del nuovo Piano lo consenta, di riallineare i propri programmi per il perseguimento degli obiettivi in esso individuati. **U**
- Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 concernente il Piano nazionale della prevenzione per gli anni 2010-2012. **U**
- Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 (Rep. n.29/CSR) concernente il "Documento per la valutazione dei Piani regionali della prevenzione 2010 - 2012". **U**
- D.P.C.M. 17 dicembre 2007. Esecuzione accordo 1° agosto 2007, recante "Patto per la tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro". Il decreto rende esecutivo l'accordo del 1° agosto 2007 recante "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro". Nel Patto si razionalizzano gli interventi, al fine di pervenire ad un utilizzo efficace ed appropriato delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste ed impiegate per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro. Sono stabiliti gli obiettivi strategici del sistema, le risorse da utilizzare e la metodologia di monitoraggio e valutazione delle attività tramite indicatori. **U**
- l'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 proroga al 31 dicembre 2013 il PNP 2010-2012, confermandone, per l'annualità 2013, il vincolo della certificazione ai fini dell'accesso al finanziamento previsto dagli Obiettivi di Piano ed il sistema di valutazione dei PRP di cui all'Intesa Stato Regioni 10 febbraio 2011. **U**
- Intesa tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, rep. n. 66/csr, del 23 marzo 2011, concernente il "Piano Nazionale per l'Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015", che definisce le Linee guida attuative nazionali per il raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione del morbillo e della rosolia entro il 2015, come raccomandato dall'OMS, gli indicatori da monitorare. **U**
- Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014" (Rep. Atti n. 54/CSR del 22 febbraio 2012). **U**
- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, sulla proposta del Ministero della salute concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018. Rep. Atti n. 156/CSR del 13 novembre 2014. **U**
- Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 di adozione del Documento di valutazione del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018. **U**
- 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 del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 e la rimodulazione dei piani regionali della prevenzione 2014-2018 Rep. Atti n. 247/CSR del 21 dicembre 2017. **U**

- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019" (Rep. Atti n. 10/CSR). **U**
- adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001 (Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005). **C2/C3**
- Decreto del Ministero della salute 17 settembre 2018 recante "Istituzione dell'Anagrafe nazionale vaccini", istituita ai sensi dell'articolo 4-bis del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito, con modificazioni, dall'art. 1 della legge 31 luglio 2017, n. 119, recante: «Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci». **AAZ**

Sanità veterinaria e sicurezza alimentare

- Monitoraggio dell'erogazione dei programmi e delle attività previste come livello essenziale di assistenza (LEA) derivanti da normativa comunitaria e nazionale. Base informativa per la riprogrammazione nazionale e regionale e strumenti di monitoraggio dello stato di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli Ufficiali (PNI) e correlati Piani Regionali Integrati (Regolamento CE 178/2002 che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare; Regolamento CE 2017/625 relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali). **C13 e AAJ**

Area Distrettuale

Rete territoriale

- Adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001 (Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005). **C2/C3**

Assistenza Primaria

- Legge n. 189/2012 Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-legge n. 158/2012 (Decreto Balduzzi) recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute". Al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale anche con riferimento all'assistenza domiciliare e i servizi ospedalieri, secondo modalità operative che prevedono: forme organizzative mono professionali denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi e forme organizzative multiprofessionali denominate Unità Complesse di Cure primarie (UCCP) che erogano in coerenza con la programmazione regionale prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le regioni disciplinano le UCCP privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata (H24) e che operano in coordinamento e collegamento telematico con le strutture ospedaliere. **AAH**
- Patto per la salute 2014/2016. Al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, le Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale ed organizzativa, istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con il personale dipendente del SSN, come previsto dalla legge 189/2012, per l'erogazione delle Cure Primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria e dal Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definito dalle Regioni per garantire uniformità assistenziale. Ogni AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta è funzionalmente collegata ad una UCCP. Sono Compiti essenziali delle UCCP e AFT: assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali; garantire la continuità dell'assistenza mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e dei FSE; garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della medicina generale; garantire la continuità assistenziale nelle tre declinazioni (relazionale, gestionale ed informativa) prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera. **AAH**
- adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001 (Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005). **C2/C3**

Assistenza residenziale e semiresidenziale

- 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). **S**
- 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). **S**
- 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"). **S**
- DM 6 agosto 2012 "modifiche al DM 17 dicembre 2008 recante "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare". **S**
- 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"). **S**
- adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001 (Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005). **C2/C3**
- 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"). **C8**

Assistenza Domiciliare

- Verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza domiciliare (DM 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"). **C7**
- DM 6 agosto 2012 "modifiche al DM 17 dicembre 2008 recante "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare". **C7**
- 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). **S**
- 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). **S**
- 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"). **S**
- DM 6 agosto 2012 "modifiche al DM 17 dicembre 2008 recante "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare". **S**
- 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"). **S**

Assistenza Ambulatoriale

- Adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001 (Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005). **C2/C3**
- Articolo 50, comma 5 della legge 326/2003, attraverso il decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo del 2008, ha previsto la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa in coerenza con quanto previsto dal punto e) dell'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. **C5**
- Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006, recante "Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa 2006-2008" – Punto 7.2. Monitoraggio specifico. **C5**
- Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010, recante "Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012" Lettera F. **C5**
- Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019 (Rep. Atti 28/CSR) recante il "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021". **C5**
- 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. **C5**

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"). **AO**
- Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", articolo 3, comma 3. **AO**
- 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. **AO**
- 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. **AO**
- Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sulla proposta del Ministero della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore; **AO**
- Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 sulla definizione delle discipline nelle quali possono essere conferiti incarichi di strutture complessa nelle Aziende Sanitarie. **AO**
- Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sulla proposta del Ministero della salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore. **AO**
- Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute 2014-2016. **AO**
- verifica della disponibilità e completezza dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (DM 6 giugno 2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice"). **C9**

Riabilitazione

- Adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001 (Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005). **C2/C3**

Rete EMUR – 118

- 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"). **C12**

Salute Mentale

- 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"). **C10**

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". **AP**
- Accordo Stato-Regioni del 26 novembre 2009 (Rep. n. 84/CU) concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 1° aprile 2008. **AP**
- Accordo Stato-Regioni del 26 novembre 2009 ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria". **AP**
- Legge 17 febbraio 2012, n. 9 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri", e successive modificazioni, art. 3-ter.**AP**
- Decreto Ministeriale 1° ottobre 2012 recante definizione dei "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia". **AP**

- Accordo Stato-Regioni del 22 gennaio 2015 (Rep. n. 3/CU) sul documento recante: "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali". **AP**

Dipendenze

- 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"). **C11**

Gioco d'azzardo patologico

- L. 23 dicembre 2014, n. 190 art. 1, comma 133 «A decorrere dall'anno 2015 una quota pari a 50 mln. di euro è annualmente destinata alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo …. La verifica dell'effettiva destinazione delle risorse e delle relative attività assistenziali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale … ed è effettuato nell'ambito del Comitato Lea». **AAT**
- L. 208/2015 art. 1, comma 946"Al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP), come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, presso il Ministero della salute è istituito il Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP). Il Fondo è ripartito tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Per la dotazione del Fondo di cui al periodo precedente è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016.". **AAT**

Area Ospedaliera

Rete ospedaliera - Posti letto e ricoveri

- Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". **F**
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016) (GU Serie Generale n.302 del 30-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 70); **F**
- adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001 (Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005). **C2/C3**

Rete EMUR – PS

- 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"). **C12**

Rete dei punti 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). **AAF**
- Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". **AAF**
- adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001 (Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005). **C2/C3**

Rete dei centri di senologia

- Intesa ai sensi dell'art. 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n.131 sul Documento recante Linee d'indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali delle reti dei Centri di Senologia. Rep. Atti n. 185/CSR del 18 dicembre 2014. **AAV**
- Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10 febbraio 2011 rep. Atti n. 21/CSR concernente il Piano Oncologico 2011-2013 "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del Cancro". **AAV**
- Decreto n. 70 /2015 Regolamento standard ospedalieri. **AAV**

Rete laboratoristica

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

Rete trasfusionale

- Decreto 2- Legge 21 ottobre 2005, n 219 recente" Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati". **AAE**
- 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". **AAE**
- Decreto 21 dicembre 2007 recante "Istituzione del sistema informativo dei servizi trasfusionali". **AAE**
- Decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 207, recante "Attuazione della direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi". **AAE**
- Decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 208, recante "Attuazione della direttiva 2005/62/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali. **AAE**
- Decreto 28 giugno 2016 recante "Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti, per l'anno 2016". **AAE**
- Decreto 20 luglio 2017 recante "Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti, per l'anno 2017". **AAE**
- 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). **AAE**
- Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011 sul documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle strutture regionali coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali". **AAE**
- Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sul documento "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti" (articolo 20, legge 219/2005); **AAE**
- Decreto del Ministro della salute 2 novembre 2015 recante "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti", in particolare l'articolo 25, comma 5. **AAE**
- Decreto 2 dicembre 2016 recante "Programma nazionale plasma e medicinali plasmaderivati, anni 2016-2020. **AAE**
- Linee guida del Centro nazionale sangue per il programma Patient Blood management (PBM), adottate in attuazione dell'articolo 25, comma 5 del DM 2 novembre 2015 e trasmesse alle Regioni con nota del Direttore della Direzione generale della Prevenzione sanitaria, prot. 1909, del 19 gennaio 2017. **AAE**

Area Governance

Accreditamento

- 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. **AH**

- 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». **AH**
- 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 dal 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». **AH**
- Patto per la salute 2010-2012. Intesa Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009. Verifica dell'avvenuto passaggio al regime dell'accreditamento Istituzionale come previsto dall'art. 1 comma 796 della Legge 296/06 Finanziaria 2007. **AH**
- art. 2 comma 100 della Legge n. 191 del 23 dicembre 2009. Stabilisce che all'art. 1, comma 796, lettera t), della Legge 27 dicembre 2006, n. 296, le parole "1° gennaio 2010" sono sostituite dalle seguenti "1 gennaio 2011". **AH**
- art. 2 del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225 così come convertito dalla Legge n. 10 del 26 febbraio 2011. Stabilisce che all'articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, dopo le parole "strutture private" sono inserite le seguenti "ospedaliere e ambulatoriali" e dopo le parole "decreto legislativo n. 502 del 1992;" sono inserite le seguenti "le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2013 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché degli stabilimenti termali come individuati dalla legge 24 ottobre 2000, n. 323, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992". **AH**
- Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep n. 259/CSR), sul documento recante "Disciplina per la revisione dell'accreditamento" in attuazione dell'articolo 7 comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010 – 2012 (Rep. atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009). **AH**
- Decreto del Ministro della Salute del 6 febbraio 2013 recante:" Costituzione del tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento istituzionale". **AH**
- Decreto Legge del 30 dicembre 2013 n. 150 art. 7, comma 1-bis convertito nella legge 27 febbraio 2014 n. 15 «All'articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, le parole da: "; le regioni provvedono ad adottare provvedimenti" fino alla fine della lettera sono sostituite dalle seguenti: "; le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 31 ottobre 2014 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché degli stabilimenti termali come individuati dalla legge 24 ottobre 2000, n. 323, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992. Qualora le regioni non provvedano ai citati adempimenti entro il 31 ottobre 2014, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, e sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, nomina il Presidente della regione o altro soggetto commissario ad acta ai fini dell'adozione dei già menzionati provvedimenti"». **AH**
- Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 (Rep n. 32/CSR) in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie. **AH**

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). **AM**
- All'art. 88 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, il comma 2 è sostituito dal seguente: «2. Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza 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.». **AM**
- controlli sulle cartelle cliniche (articolo 1 comma 1 Decreto Ministeriale del 10 dicembre 2009). **AM**
- 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 inappropriatezza per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera. **AM**

Liste di attesa

- Articolo 50, comma 5 della legge 326/2003, attraverso il decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo del 2008, ha previsto la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa in coerenza con quanto previsto dal punto e) dell'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;
- Intesa del 28 marzo 2006, recante "Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa 2006-2008" – Punto 7.2. Monitoraggio specifico. **H**
- Articolo 1, comma 282 della legge n.266/2005 ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure per regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici dandone informazione semestrale al Ministero della salute. **H**
- Intesa del 28 ottobre 2010, recante "Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012". Lettera F:
    - Punto 1: Monitoraggio ex ante, paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12;
    - Punto 2: Monitoraggio ex post, attraverso il flusso informativo ex art. 50, comma 5, della legge 326/2003 così come modificato dal decreto del Ministro dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008 e s.m.i. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni e modalità indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12;
    - Punto 3: Monitoraggio dei ricoveri ex D. M. Ministro della Salute 8 luglio 2010 n. 135 sul Regolamento delle informazioni relative alla SDO ex D.M. 27 ottobre 2000, n. 380;
    - Punto 6: Monitoraggio delle sospensioni. Il monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-2012. **H**
- Intesa 28 ottobre 2010 (Punto 3.3 del PNGLA) contempla la definizione dei PDT afferenti all'area cardiovascolare ed oncologica e ne prevede il monitoraggio tramite apposite Linee guida. **H**
- Linee Guida (giugno 2011) per il monitoraggio dei PDT complessi. **H**
- Articolo 41, comma 6 del d.lgs. n. 33/2013"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" (GU n.80 del 5-4-2013);
- PNGLA 2014-2016. **H**
- *Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019* (Rep. Atti 28/CSR) recante il "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021. **H**

Individuazione di strutture semplici e complesse

- attuazione dell'art. 12, comma 1 lett. b) del Patto per la Salute 2010-2012, di cui all'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009: "Fissazione parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente, delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, verificati in base allo standard di riferimento adottato dal Comitato LEA". Per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale occorre far riferimento alle seguenti disposizioni:
    - art. 2, comma 72, legge 23 dicembre 2009 n. 191: "Gli enti destinatari delle disposizioni di cui al comma 71 (gli enti del Servizio Sanitario Nazionale), nell'ambito degli indirizzi fissati dalle regioni, anche in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa previsti dal medesimo comma:
        - a) […]
        - b) fissano parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente, delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi del presente comma".
    - art. 2, comma 73, legge 23 dicembre 2009 n. 191: "Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti dalle disposizioni di cui ai commi 71 e 72 per gli anni 2010, 2011 e 2012, si provvede nell'ambito del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005. La regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti. In caso contrario la regione è considerata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico".
    - Documento approvato dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 – "Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la salute 2010-2012".
    - art. 17, comma 3, decreto legge 98/2011convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111: "Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 si applicano anche in ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015".

- art. 15, comma 21, decreto legge 95/2012: "Il comma 3 dell'articolo 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 è sostituito dai seguenti:
  - 3. Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 si applicano anche in ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015.
  - 3-bis. Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di cui al comma 3 si provvede con le modalità previste dall'articolo 2, comma 73, della citata legge n. 191 del 2009. La regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento di tali obiettivi. In caso contrario, limitatamente agli anni 2013 e 2014, la regione è considerata adempiente ove abbia conseguito l'equilibrio economico.
  - 3-ter. Per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari o ai Programmi operativi di prosecuzione di detti Piani restano comunque fermi gli specifici obiettivi ivi previsti in materia di personale".
- art. 1, comma 584, legge 23 dicembre 2014 n. 190, integrato dall'art. 1, comma 454, legge 27 dicembre 2017 n. 205:
  - 3. Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 si applicano anche in ciascuno degli anni dal 2013 al 2020.
  - 3-bis. Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di cui al comma 3 del presente articolo si provvede con le modalità previste dall'articolo 2, comma 73, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. La regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento di tali obiettivi. In caso contrario, per gli anni dal 2013 al 2020, la regione è considerata adempiente ove abbia raggiunto l'equilibrio economico e abbia attuato, negli anni dal 2015 al 2020, un percorso di graduale riduzione della spesa di personale, ovvero una variazione dello 0,1 per cento annuo, fino al totale conseguimento nell'anno 2020 degli obiettivi previsti all'articolo 2, commi 71 e 72, della citata legge n. 191 del 2009.
  - 3-ter. Per le regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari o ai Programmi operativi di prosecuzione di detti Piani restano comunque fermi gli specifici obiettivi ivi previsti in materia di personale. **AAM**

Dispositivi medici e grandi apparecchiature sanitarie

- Adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001 (Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005). **C2/C3**
- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale"). **C6**
- *DM 25 novembre 2013*: Ampliamento del nucleo di informazioni essenziali relative ai contratti di dispositivi medici previsto dall'articolo 6, comma 2, del decreto 11 giugno 2010, recante «Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale». **C6**
- DM 22 aprile 2014, art. 7, (GU n. 110 del 14 maggio 2014) ("Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate"). **C16**

Malattie Rare

- verificare l'adempimento sugli obblighi informativi previsti per la sorveglianza delle malattie rare incluse nell'elenco allegato al DPCM 12 gennaio 2017: trasmissione dei dati dai Registri regionali/interregionali al Registro Nazionale delle Malattie Rare (*DM 18 maggio 2001, Accordo Stato-Regioni del 10 maggio 2007, Accordo Stato-Regioni del 16 ottobre 2014 (Piano Nazionale Malattie Rare), DPCM 12 gennaio 2017*). **AAU**

Rischio Clinico

- 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.); **AS**
- 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). **AS**

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

Obiettivi Direttori Generali

- Articolo 10, comma 6, del Patto per la Salute 2014-2016: "Si conviene che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea stabiliti per i Direttori Generali, costituisce grave inadempimento contrattuale e comporta l'applicazione dell'art. 3 bis, comma 7 del D.lgs. 502/1992 s.m.i., con la previsione di decadenza automatica dei Direttori Generali". **AAQ**
- art. 1, commi 567 e 568, Legge 23 dicembre 2014, n. 190. **AAQ**
- art. 11, comma 1, lettera p), Legge 7 agosto 2015 n. 124. **AAQ**
- art. 2, commi 2-5, D.lgs. 4 agosto 2016 n. 171 e s.m.i. **AAQ**

Personale

- Adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001 (Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005). **C2/C3**
- Accordo del 1° agosto 2007, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente il "riordino del sistema di Formazione continua in medicina". **V**
- Accordo del 5 novembre 2009, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente "il nuovo sistema di Formazione continua in medicina - Accreditamento del provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti". **V**
- Accordo del 19 aprile 2012, ai sensi dell'art. 4 del decreto 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011-2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti". **V**
- Accordo del 2 febbraio 2017, ai sensi dell'articolo 4 del decreto 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute". **V**

Dati Economici

- adempiere agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio al Sistema Informativo Sanitario dei modelli CE, SP, CP e LA (D.M. 16 febbraio 2001, D.M. 28 maggio 2001, D.M. 29 aprile 2003, D.M. 18 giugno 2004 Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005; D.M. 13 novembre 2007 e D.M. 15 giugno 2012; D.M. 24 maggio 2019. **C1**

Contabilità analitica e certificabilità del bilancio

- le Regioni si impegnano ad adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda unità sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e ciò costituisce adempimento cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla presente Intesa (Articolo 3, comma 7 dell'Intesa del 23 marzo 2005). **N**
- Il decreto interministeriale Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze, 1° marzo 2013, prevede che i Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) siano approvati coerentemente con quanto disposto dal comma 3 dell'art. 3 del Decreto 17 settembre 2012 in materia di certificabilità. Lo stesso decreto 17.09.2012 all'articolo 3, comma 4, prevede che: "Alla verifica dell'attuazione da parte delle Regioni dei percorsi attuativi, secondo le modalità e le tempistiche ivi previste, provvedono:

- per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro, congiuntamente il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA e il Tavolo di verifica adempimenti, di cui rispettivamente agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in occasione delle verifiche di attuazione del Piano di rientro;
- per le Regioni non sottoposte ai Piani di rientro, il Tavolo di verifica adempimenti, di cui all'articolo 12 della già menzionata Intesa del 23 marzo 2005, in occasione delle ordinarie verifiche degli adempimenti". **AT**

Spesa farmaceutica

- verifica dei dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci presenti nel NSIS (DM 31 luglio 2007 e s.m.i. "Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto"). **C14/C15**
- DM 31 luglio 2007 e s.m.i. "Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto". **C14/C15**
- DM 6 agosto 2012 "modifiche al decreto 31 luglio 2007 recante "Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto come modificato dal decreto 13 novembre 2008". **C14/C15**
- DM 4 febbraio 2009 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero". **C14/C15**
- DM 15 luglio 2004 "Istituzione, presso l'Agenzia Italiana del Farmaco, di una banca dati centrale finalizzata a monitorare le confezioni dei medicinali all'interno del sistema distributivo". **C14/C15**
- Art. 5, comma 1 della Legge 222/2007 che fissa il tetto della spesa farmaceutica territoriale al 14%, successivamente modificato al 13,6% per l'anno 2009 dall'art. 13, comma 1, lettera c), del D.L. 39/2009 (convertito in Legge 77/2009), ulteriormente ridotto al 13,3% a partire dal 2010 ai sensi dell'art. 22, comma 3 del D.L. 78/2009 (convertito in Legge 102/2009). Quindi, per l'anno 2012, l'art. 15, comma 2, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012, convertito, con modificazioni, dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012 ha disposto l'ulteriore riduzione del tetto al 13,1%. **L**
- 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 sforamento; 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". **L**
- 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 sforamento 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". **L**
- Art. 15, comma 3, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012, convertito, con modificazioni, dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012 che fissa il tetto della spesa farmaceutica territoriale per l'anno 2013 all'11,35% del Fabbisogno sanitario al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA in base a quanto previsto dall'art.11, comma 9, del D.L. 31 maggio 2010, n.78, convertito, con modificazioni dalla L. 30 luglio 2010, n.122. **L**
- Art. 15, comma 4, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012, convertito, con modificazioni, dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012 che fissa il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera per l'anno 2013 al 3,5% del Fabbisogno sanitario al netto della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, nonché al netto della spesa per i vaccini, per i medicinali di cui alle lettere c) e c-bis) dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537 e successive modificazioni, per le preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, per i medicinali esteri e per i plasma derivati di produzione regionale. **L**
- Art. 15, comma 7, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012, convertito, con modificazioni, dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012 che pone a carico delle aziende farmaceutiche, a decorrere dall'anno 2013, una quota pari al 50 per cento dell'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, come modificato dal comma 4 del presente articolo. Il restante 50 per cento dell'intero disavanzo a livello nazionale è a carico

delle sole regioni nelle quali è superato il tetto di spesa regionale, in proporzione ai rispettivi disavanzi; non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo. **L**

- Art. 15, comma 8, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012 concernente le disposizioni di attuazione di quanto previsto dal primo periodo del comma 7. **L**
- Art. 15, comma 10, del D.L. n.95 del 6 Luglio 2012 concernente l'attivazione ed il funzionamento dei registri dei farmaci sottoposti a registro. **L**
- Art. 1 comma 398 della L. 232 del 11 Dicembre 2016 che definisce il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera è calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89 per cento. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera assume la denominazione di «tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti». **L**
- Art. 1 comma 399 della L. 232 del 11 Dicembre 2016 il tetto della spesa farmaceutica territoriale è rideterminato nella misura del 7,96 per cento. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica territoriale assume la denominazione di «tetto della spesa farmaceutica convenzionata». **L**

Prestazioni aggiuntive

- 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). **Y**
- trasmissione al Comitato entro il 31 dicembre 2009, e comunque con cadenza annuale, di un provvedimento ricognitivo, sottoscritto dal dirigente responsabile del procedimento, relativo alle prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dall'ordinamento vigente in materia di livelli essenziali aggiuntivi, con l'indicazione della specifica fonte di finanziamento non a carico del SSN, corredata da relazione tecnica analitica sulla congruità del finanziamento predisposto (art. 4, comma 1 lettera c) dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto della salute per gli anni 2010-2012). **Y**
- art. 2, comma 80, della legge 191/2009. **Y**
- art. 1, comma 4, Patto per la salute 2014-2016. **Y**
- legge di stabilità 2015 con riferimento all'art. 30 del d.lgs. 118/2011. **Y**

FSE - Fascicolo Sanitario Elettronico

- Articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, recante "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese", come modificato dall'articolo 17 del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98, recante "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia", relativo alla istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico. **AAD**
- L'articolo 12, comma 15-quater del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, e successive modificazioni dispone che "L'Agenzia per l'Italia digitale e il Ministero della salute operano congiuntamente, per le parti di rispettiva competenza, al fine di: a) valutare e approvare, entro sessanta giorni, i piani di progetto presentati dalle regioni e dalle province autonome per la realizzazione del FSE, verificandone la conformità a quanto stabilito dai decreti di cui al comma 7 ed in particolare condizionandone l'approvazione alla piena fruibilità dei dati regionali a livello nazionale, per indagini epidemiologiche, valutazioni statistiche, registri nazionali e raccolta di dati a fini di programmazione sanitaria nazionale; b) monitorare la realizzazione del FSE, da parte delle regioni e delle province autonome, conformemente ai piani di progetto approvati. La realizzazione del FSE in conformità a quanto disposto dai decreti di cui al comma 7 è compresa tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni e le Province Autonome per l'accesso al finanziamento integrativo a carico del Servizio sanitario nazionale da verificare da parte del Comitato di cui all'articolo 9 dell'intesa sancita il 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005.". **AAD**
- Legge 11 dicembre 2016, n. 232 Art. 1, commi 382, 383 e 384. **AAD**
- La Legge dispone, all'art. 1, comma 382, la realizzazione da parte del Ministero dell'economia e delle finanze della Infrastruttura Nazionale per l'interoperabilità del FSE (INI) e che tale infrastruttura debba garantire anche servizi "in sussidiarietà" per le Regioni e province autonome che, entro il 31 marzo 2017, comunicano al MEF e al Ministero della salute, di volersi avvalere dei già menzionati servizi per la realizzazione del proprio FSE, laddove non ancora completato. **AAD**
- DPCM n. 178 del 29 settembre 2015. **AAD**
- DM 4 agosto 2017 "Modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'art. 12, comma 15-ter del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221". **AAD**

Interconnessione Sistemi Informativi

- Decreto del Ministro della salute del 7 dicembre 2016, n. 262 “Regolamento recante procedure per l’interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato”. **AAW**

NSG

DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019.

- Art.2, comma 4 " All'interno del sistema di garanzia è individuato, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del presente decreto, un sottoinsieme di indicatori da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA attraverso: i) il confronto delle misure degli indicatori con delle misure di riferimento, tenuto conto dell'andamento temporale; ii) un punteggio per indicatore, secondo una scala definita di valori; iii) un risultato globale regionale che indica entro quale soglia deve ritenersi garantita l'erogazione dei LEA; iv) un risultato globale nazionale, che permette di monitorare il Paese nel tempo e di confrontarlo con altre realtà a livello internazionale".
- Art.2, comma 6 "Il sistema di garanzia è coerente con il sistema di verifica degli adempimenti cui sono tenute le regioni per accedere alla quota integrativa prevista dall'art. 2, comma 68, della legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del decreto-legge n. 95/2012 (convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012), attraverso il sottoinsieme di cui al comma 4".
- Art.3, comma 6 "Le valutazioni del sottoinsieme di cui all'art. 2, comma 4, del presente decreto costituiscono parte integrante del sistema di verifica degli adempimenti cui sono tenute le regioni per accedere alla quota integrativa prevista dall'art. 2, comma 68, della legge n.191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del decreto-legge n. 95/2012 (convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012), di competenza del Comitato LEA. Gli indicatori calcolati, compresa la stima della qualità dei dati di base ad essi relativi e i parametri di riferimento, sono pubblicati entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento, in una specifica relazione nazionale resa disponibile sul portale del Ministero della salute, in applicazione dell'art. 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo n. 56/2000".