

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



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'

**DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI
LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA**

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

DOCUMENTO DI INDIVIDUAZIONE DEI COMPITI DEL COMITATO

INDICE

- 1. Compiti generali**
- 2. Compiti specifici già previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005**
 - 2.1 Certificazione e verifica degli adempimenti già previsti dall'Intesa Stato-Regioni per il triennio 2005-2007 ai fini dell'accesso delle Regioni all'incremento delle risorse finanziarie a carico del bilancio dello Stato**
 - 2.1.1. Adempimenti già previsti dalle norme vigenti, ivi compresi quelli fissati dall'Intesa stessa di cui all'articolo 1-Allegato 1-punto 2-lettere c), e), f), g), h)**
 - 2.1.2 Ulteriori adempimenti nell'ambito del Nuovo sistema Informativo Sanitario , di cui all'articolo 3 dell'Intesa**
 - 2.1.3 Ulteriori adempimenti relativi all'articolo 4 dell'Intesa :**
 - 2.1.3.1 Programmazione regionale ed erogazione dei Livelli essenziali di assistenza**
 - 2.1.3.2. Piano Nazionale della prevenzione**
 - 2.1.3.3 Piano Nazionale di aggiornamento del personale sanitario**
 - 2.1.4 Edilizia sanitaria : articolo 20 legge n.67/1988 di cui all'articolo 10 dell'Intesa**
- 3. Compiti specifici affidati dalla legge finanziaria 23 dicembre 2005, n.266**
 - 3.1. Certificazione dei Piani regionali di contenimento delle liste di attesa. (articolo 1, comma 280)**
 - 3.2. Verifica della stipula degli accordi Regionali in attuazione degli Accordi Collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, di cui all'articolo 1, comma 275, lettera a)**
 - 3.3. Verifica dei provvedimenti regionali adottati in attuazione del D.M. 22 gennaio 1993 per le prestazioni sanitarie esenti, di cui all' articolo 1, comma 275, lettera b)**
- 4. Ulteriori compiti condivisi dal Comitato nella riunione di insediamento del 10 gennaio 2006.**
 - 4.1 Ulteriori compiti per l'estensione agli anni 2003-2004 del monitoraggio rapporto costi/Livelli Essenziali di Assistenza a partire dal monitoraggio già effettuato per gli anni 2001-2002, sulla base della rilevazione del flusso informativo del modello LA.**
 - 4.2 Sviluppo di una metodologia per l'analisi delle condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse nell'erogazione dei LEA.**
 - 4.3 Collaborazione ai compiti del Ministero della salute per consentire al Parlamento la funzione di sindacato ispettivo sui Livelli Essenziali di Assistenza.**

PREMESSA.

Con l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati individuati gli adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale per gli anni 2005, 2006 e 2007.

L'impegno assunto tra Stato e Regioni garantisce il rispetto del principio della uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza, coerentemente con le risorse programmate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Sono proprio l'efficienza e l'appropriatezza nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza i punti cardine sui quali si fonda, nell'intesa, il procedimento di verifica degli adempimenti da rispettarsi per accedere alle maggiori risorse a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale, ma, nello stesso tempo, questi punti costituiscono gli strumenti per il governo condiviso tra Stato e Regioni del sistema sanitario nazionale nell'interesse dei cittadini.

In questo quadro è stata prevista l'istituzione, presso il Ministero della salute, del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che è stato costituito con decreto del Ministro della salute del 21 novembre 2005.

1. COMPITI GENERALI

L'articolo 9 dell'Intesa affida al Comitato compiti di carattere generale riferiti all'arco triennale (2005-2007) di validità dell'Intesa stessa.

Al Comitato è affidato infatti il compito di verificare che l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, avvenga nel rispetto di condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione per il Servizio Sanitario Nazionale, nonché di verificare che vi sia congruità tra le prestazioni da erogare e le medesime risorse.

L'intesa specifica che l'attività del Comitato, che si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, si svolge sulla base delle informazioni del sistema di monitoraggio e garanzia del Servizio Sanitario Nazionale di cui al decreto ministeriale del 12 dicembre 2001 e dei relativi flussi informativi afferenti al Nuovo Sistema Informativo sanitario.

2. COMPITI SPECIFICI GIÀ PREVISTI DALL'INTESA STATO-REGIONI DEL 23 MARZO 2005

Il ruolo che l'intesa affida a tale Comitato è rilevante ai fini della successiva certificazione al Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito presso il Ministero dell'economia e finanze, secondo quanto previsto dall'intesa stessa all'articolo 12.

Il Tavolo infatti, ai fini della verifica, si avvale delle risultanze del Comitato per gli aspetti relativi agli adempimenti riportati nell'Allegato 1, al Punto 2- lettere c), e), f), g), h), e agli adempimenti derivanti dagli articoli 3, 4 e 10 dell'intesa.

Il compito di certificazione affidato al Comitato è svolto in funzione dei compiti generali svolti dallo stesso nella verifica e monitoraggio dell'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza.

Si riportano di seguito i compiti specifici affidati al Comitato dall'articolo 9 della richiamata Intesa, dalla legge finanziaria 2006 e gli ulteriori compiti individuati dal Comitato nella riunione di insediamento del 10 gennaio 2006.

2.1 Certificazione e verifica degli adempimenti cui sono tenute le Regioni, già previsti dall'Intesa Stato-Regioni per il triennio 2005-2007 ai fini dell'accesso all'incremento delle risorse finanziarie a carico del bilancio dello Stato

2.1.1 Adempimenti già previsti dalle norme vigenti, ivi compresi quelli fissati dall'Intesa stessa, di cui all'articolo 1-allegato 1-punto 2-lettere c), e), f), g), h) all'Intesa: ¹

- **Lettera c)**
- adempiere :
 - o agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio al Sistema Informativo Sanitario dei modelli CE, SP, CP ed LA (*decreto ministeriale 16 febbraio 2001, decreto ministeriale 28 maggio 2001, decreto ministeriale 29 aprile 2003, decreto ministeriale 18 giugno 2004;*
 - o agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel decreto ministeriale 12 dicembre 2001;
- **Lettera e)**
- mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei L.E.A., (*Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni, articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n.289 e articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n.311*);
- **Lettera f)**
- adottare lo standard di dotazione media di 5 posti letto per mille abitanti di cui l' 1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie (*articolo 3, comma 4, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405*), così come integrato da quanto convenuto all'articolo 4, comma 1, lettera a) della presente intesa;
- **Lettera g)**

¹ L' Allegato 1 punto 1 riporta gli adempimenti già previsti dalla legislazione vigente ai fini dell'accesso all'incremento delle risorse finanziarie a carico del bilancio dello Stato nei termini stabiliti dalle disposizioni di cui al decreto legge 18 settembre 2001, convertito con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n.405, all'art. 4 del decreto legge 15 aprile 2002, n. 63 convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, come integrato dall'articolo 52, comma 4, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e dagli articoli. 48 e 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, dalla legge 24 dicembre 2003, n.350, integrati dagli adempimenti previsti dall'Intesa).

- adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, in attuazione del punto 4.3 dell'Accordo Stato Regioni del 22 novembre 2001. La relativa verifica avviene secondo le modalità definite nell'accordo Stato Regioni del 1° luglio 2004, atto rep. n. 2035, (*articolo 52, comma 4, lettera b, della legge 27 dicembre 2002, n.289*);²
- **Lettera h)**
- attuare nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa, le adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, di accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, in armonia con quanto previsto dall'accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 14 febbraio 2002, atto rep. n. 1387, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e gli indirizzi applicativi sulle liste di attesa. A tale fine, la flessibilità organizzativa e gli istituti contrattuali della turnazione, del lavoro straordinario e della pronta disponibilità, potranno essere utilizzati, unitamente al recupero di risorse attualmente utilizzate per finalità non prioritarie, per ampliare notevolmente l'offerta dei servizi, con diminuzione delle giornate complessive di degenza. Annualmente le regioni predispongono una relazione da presentare in sede di Conferenza Stato-Regioni, anche ai fini del successivo inoltro da inviare al Parlamento, circa l'attuazione dei presenti adempimenti e dei risultati raggiunti (*articolo 52, comma 4, lettera c, della legge 27 dicembre 2002, n. 289*);

-
1. ² adozione di provvedimenti che fissano i valori percentuali/soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i 43 DRG "ad alto rischio di inappropriatezza" di cui all'allegato 2 C del DPCM 29 novembre 2001 di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
 2. adozione di misure, tariffarie o di altra natura, volte a disincentivare i ricoveri ordinari per i 43 DRG "ad alto rischio di inappropriatezza" di cui all'allegato 2 C del DPCM 29 novembre 2001 di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
 3. definizione di condizioni e limiti di erogabilità delle prestazioni ambulatoriali di cui all'allegato 2 B del DPCM 29 novembre 2001 di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" (assistenza odontoiatrica, densitometria ossea, medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale, chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri);
 4. esclusione dai livelli di assistenza delle prestazioni di cui all'allegato 2 A del DPCM 29 novembre 2001 di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
 5. adozione di strumenti formali di valutazione multidimensionale dell'anziano e del disabile per l'ammissione alle strutture residenziali e semiresidenziali, entro la data di chiusura della verifica della spesa sanitaria presso il Ministero dell'economia e delle finanze;
 6. Definizione con strumenti formali da parte delle Regioni dell'assunzione della propria quota relativa agli oneri per le prestazioni dell'area socio-sanitaria di cui all'Allegato 1 C del DPCM del 29 novembre 2001 recante: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", entro la data di chiusura della verifica della spesa sanitaria presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze;
 7. Adozione di atti formali da parte delle Regioni per l'avvio di quanto disposto dall'articolo 88, comma 2 della legge 22 dicembre 2000, n. 388 entro la data di chiusura della verifica della spesa sanitaria presso il Ministero dell'economia e delle finanze.

Fonte Accordo Stato-Regioni 1° luglio 2004

2.1.2 Ulteriori adempimenti nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario di cui all'articolo 3 dell'Intesa³

L'articolo 3 dell'Intesa fissa gli ulteriori adempimenti regionali per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria, avvalendosi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, i cui contenuti informativi vanno continuamente alimentati per potere misurare la qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale attraverso la Cabina di regia, (di cui all'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001) in coerenza con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e le esigenze di monitoraggio sanitario dei livelli nazionale, regionale e locale del SSN.

Si tratta di definire in tale sede i flussi informativi finalizzati alla verifica degli *standard* qualitativi e quantitativi dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Le Regioni, ai fini della verifica, si sono impegnate a:

-conferire i dati al Sistema informativo sanitario, sulla base dei criteri fissati dalla Cabina di Regia;

-adempiere agli obblighi informativi, di cui ai decreti ministeriali 16 febbraio 2001, 28 maggio 2001, 29 aprile 2003 e 18 giugno 2004.

³ Si riporta l'articolo 3 dell'Intesa.

1. Con riferimento a quanto previsto sub c) dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, si conviene che, per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale, ci si avvale del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, istituito presso il Ministero della Salute.

2. Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario ricomprende i dati dei sistemi di monitoraggio delle prescrizioni previsti dall'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000 n. 388 e successive modificazioni e dall'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n.269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n.326.

3. Per le finalità dei livelli nazionale e regionale del Nuovo Sistema informativo Sanitario va previsto il trattamento di dati individuali, in grado di associare il codice fiscale del cittadino alle prestazioni sanitarie erogate, ai soggetti prescrittori e alle strutture erogatrici.

4. Le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo qualitativo del Sistema Informativo Sanitario (SIS) sono esercitate dalla Cabina di Regia - di cui all'Accordo quadro tra il Ministro della sanità e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 22 febbraio 2001, la cui composizione e la cui modalità di funzionamento vengono riadeguate con nuovo Accordo quadro, da sancirsi entro il 30 giugno 2005 in Conferenza Stato Regioni, tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, che preveda un Comitato strategico di indirizzo paritetico regioni - ministeri, un Comitato tecnico permanente paritetico e una Segreteria tecnica unica. Fino all'entrata in vigore della nuova disciplina, la Cabina di regia continua ad operare secondo le previgenti modalità e composizione.

5. La definizione ed il continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi e delle modalità di alimentazione del SIS - in coerenza con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e le esigenze di monitoraggio sanitario e le altre esigenze di monitoraggio attuali e future dei livelli nazionale, regionale e locale del SSN - sono affidati alla Cabina di Regia e vengono recepiti dal Ministero della Salute con propri decreti attuativi., compresi i flussi informativi finalizzati alla verifica degli *standard* qualitativi e quantitativi dei Livelli Essenziali di Assistenza.

6. Il conferimento dei dati al Sistema informativo sanitario, nei contenuti e secondo le modalità di cui al comma precedente è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla presente intesa, sulla base dei criteri fissati dalla Cabina di Regia.

Restano fermi gli adempimenti relativi agli obblighi informativi, di cui ai decreti ministeriali 16 febbraio 2001, 28 maggio 2001, 29 aprile 2003 e 18 giugno 2004.

7. 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.

8. Le regioni, entro il 30 ottobre 2005, garantiscono, ed a tale scopo adottano misure specifiche dirette a prevedere che, ai fini della conferibilità dell'incarico del direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel nuovo sistema informativo sanitario costituisce grave inadempimento.

9. Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario ricomprende il flusso informativo sui dispositivi medici da definirsi con specifico Accordo, da sancire in Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281.

10. Con riferimento alla esigenza di verificare che l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza farmaceutica sia contenuto entro i tetti fissati dalla legislazione vigente (13% per la spesa territoriale e 16% per la spesa complessiva, ai sensi dell'articolo 48 del decreto legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326) è istituito, nell'ambito dell'NSIS, il flusso informativo dei dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci di classe A (contenente informazioni relative a: primo ciclo di terapia, farmaci inseriti nel PHT e altri farmaci eventualmente oggetto di distribuzione diretta, distribuzione di farmaci "per conto"). In via di prima applicazione, le Regioni si impegnano a trasmettere telematicamente il predetto flusso al Ministero della salute.

-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 ;

- garantire l'adozione, entro il 30 ottobre 2005, di misure specifiche dirette a prevedere che il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel nuovo sistema informativo sanitario costituisce grave inadempienza, ai fini della confermabilità dell'incarico del direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico,

- convenire, con specifico Accordo, da sancire in Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, che il Nuovo Sistema Informativo Sanitario ricomprende il flusso informativo sui dispositivi medici. In materia l'articolo 11 dell'Intesa prevede che venga promosso lo svolgimento delle funzioni consultive della Commissione per i dispositivi medici, già istituita dall'articolo 57 della legge 27 dicembre 2002, n.289.

Con la legge finanziaria 23 dicembre 2005, n.266 si è stabilito al comma 290 che la Commissione esercita funzioni consultive su qualsiasi questione concernente i dispositivi medici.

La medesima legge finanziaria, al comma 409 dell'articolo 1, prevede l'istituzione di un repertorio della classificazione dei dispositivi medici ed una banca dati da alimentarsi da parte dei fabbricanti e degli altri soggetti responsabili dell'immissione in commercio di tali dispositivi, ai fini del monitoraggio nazionale dei consumi.

Il Comitato, nel dovere dare attuazione al compito specifico in considerazione delle nuove disposizioni di cui sopra, attiva un confronto propositivo con la direzione generale dei farmaci e dispositivi medici del Ministero della salute.

- trasmettere telematicamente, in via di prima applicazione, al Ministero della salute il flusso specifico per verificare che l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza farmaceutica sia contenuto entro i tetti fissati dalla legislazione vigente (13% per la spesa territoriale e 16% per la spesa complessiva, ai sensi dell'articolo 48 del decreto legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326).

2.1.3 Ulteriori adempimenti relativi all'articolo 4 dell'Intesa Stato-Regioni ⁴

2.1.3.1 Programmazione regionale ed erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Le Regioni, ai fini della verifica, si sono impegnate a:

- adottare, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici; di cui alla lettera a) dell'articolo 4;

-adottare, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero

⁴ Si riporta l'articolo 4 dell'intesa:

1. Con riferimento a quanto previsto sub d) dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni si impegnano a:

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

b) adottare entro il 30 settembre 2005 i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo entro l'anno 2007 il mantenimento dei tassi d'ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti di cui quelli in regime diurno, di norma pari al 20%, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica;

c) assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera;

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

e) 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 individuati 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 delle 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;

f) adottare entro il 30 luglio 2005, ed avviare entro il 30 settembre 2005, il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario da approvarsi con separata Intesa entro il 30 maggio 2005 sulla base delle linee contenute nell'allegato 3, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale. Le Regioni e le Province autonome convengono, altresì, di destinare 50 milioni di euro per la realizzazione, nel proprio ambito territoriale, del medesimo Piano. Le Regioni e le Province autonome si impegnano a trasmettere al Centro nazionale per l'ECM, da istituirsi con la richiamata Intesa, idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire al medesimo Centro di certificare l'avvenuto adempimento, ai fini di quanto previsto dal successivo articolo 12;

g) 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;

h) inviare al Comitato di cui all'art. 9 della presente intesa i provvedimenti relativi ai livelli assistenziali aggiuntivi regionali e al relativo finanziamento.

i) si conviene che le Regioni e le Province autonome trasmettono al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze i provvedimenti con i quali sono stati adottati i contenuti degli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni successivamente all'entrata in vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, limitatamente agli accordi rilevanti, ai fini dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

2. Le regioni e province autonome di Trento e Bolzano comunicano al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze i provvedimenti previsti dal comma 1.

ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo entro l'anno 2007 il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti di cui quelli in regime diurno, di norma pari al 20%, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica;

-assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera;

-stabilire, nella definizione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, un valore soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari nei reparti di lungo degenza, oltre il quale si applica una significativa riduzione della tariffa giornaliera, fatta salva la garanzia della continuità dell'assistenza;

- 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;

-inviare al Comitato i provvedimenti adottati relativi ai livelli assistenziali aggiuntivi regionali e al relativo finanziamento;

-trasmettere al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze i provvedimenti con i quali sono stati adottati i contenuti degli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni successivamente all'entrata in vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, limitatamente agli accordi rilevanti, ai fini dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

-comunicare al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze tutti i provvedimenti previsti dal comma 1 dell'articolo 4 dell'Intesa.

2.1.3.2 Piano nazionale della prevenzione

-adottare entro il 30 giugno 2005 il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione di cui all'allegato 2 dell'Intesa, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale .

Per quanto attiene agli impegni relativi all'adozione entro il 30 giugno 2005, si rinvia alle modalità già convenute con il Centro Nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie, che certifica al Comitato l'avvenuto adempimento.

2.1.3.3 Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario

-adottare entro il 30 luglio 2005 ed avviare entro il 30 settembre 2005 il Piano regionale per la realizzazione degli interventi di cui al Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario, in allegato 3 all'Intesa.

Per quanto attiene agli impegni relativi all'adozione del Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, che non è stato ancora formalmente approvato, sarà cura del Comitato definire gli aspetti relativi alla documentazione sulle attività svolte dalle Regioni in materia.

2.1.4. Edilizia sanitaria: articolo 20 legge 67/1988 di cui all'articolo 10 dell'Intesa.

Il Comitato dovrà comunicare al Tavolo degli adempimenti, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 1, comma 188 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, i provvedimenti adottati dalle Regioni, che alla data del 1° gennaio 2005 abbiano ancora in corso di completamento il proprio programma di investimenti in attuazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, con i quali destinano il 15% delle risorse residue, quale quota minima, al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, salvo la dimostrazione già investito risorse per l'ammodernamento tecnologico.

A tale fine si è convenuto con l'articolo 10 dell'Intesa che le risorse residue sono quelle risultanti dalla differenza tra le risorse complessivamente assegnate e le risorse già finalizzate a specifici interventi, compresi in Accordi di programma già sottoscritti e per i quali, al momento dell'entrata in vigore della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sia già avvenuta l'emanazione del decreto dirigenziale del Ministero della salute di ammissione al finanziamento, ovvero sia già stata formalmente commissionata la progettazione da parte della Regione interessata.

Con la legge finanziaria 23 dicembre 2005, n. 266 ai commi 310, 311 e 312 sono state previste misure tese a consentire la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse di cui agli accordi di programma già sottoscritti dalle Regioni, prevedendo l'eventuale revoca degli stessi e dei corrispondenti impegni di spesa. Ciò al fine di potere di potere destinare diversamente tali risorse sempre nell'ambito degli interventi di cui all'articolo 20.

3. COMPITI SPECIFICI DALLA LEGGE FINANZIARIA 23 DICEMBRE 2005, N.266.

3.1. Certificazione dei Piani regionali di contenimento delle liste di attesa (articolo 1, comma 280).

L'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266 subordina l'accesso al concorso delle somme di cui al comma 279, tra gli altri alla stipula di una intesa tra Stato e regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che preveda la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa. E' previsto che a certificare la realizzazione degli interventi in attuazione del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, provveda il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Le Regioni impegnano a trasmettere entro novanta giorni dalla stipula dell' intesa al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 i Piani regionali attuativi del presente Piano.

Il Comitato predispose una linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali, che tiene conto:

1. di quanto il piano regionale è coerente con il Piano nazionale sulla base delle linee guida del Comitato;

2. dell'individuazione dei seguenti punti all'interno dei Piani regionali:

- Interventi per fissazione dei tempi di attesa;
- realizzazione dell'obiettivo dei CUP;
- modalità con cui i programmi attuativi aziendali saranno oggetto di monitoraggio e valutazione.

In particolare quest'ultimo punto appare irrinunciabile, in quanto la mancanza di monitoraggio e valutazione impedirebbe alle Regioni di fornire al Comitato le informazioni necessarie alla certificazione. I risultati della valutazione del Piano regionale saranno comunicati ai referenti regionali con i quali si concorderà il **percorso** da seguire.

3.2. Verifica della stipula degli accordi regionali in attuazione degli Accordi Collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta (articolo 1, comma 275, lettera a)

L'articolo 1, comma 275 della legge 23 dicembre 2005, n.266 aggiunge fra gli **adempimenti regionali** indicati all'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, i seguenti:

a) stipulare, entro il termine perentorio del 31 marzo 2006, anche a stralcio degli accordi regionali attuativi dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale entrato in vigore il 23 marzo 2005, accordi attuativi dell'articolo 59, lettera B)- quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di *standard* erogativi ed organizzativi-comma 11 del medesimo accordo nazionale, prevedendo di subordinare l'accesso all'indennità di collaborazione informatica al riscontro del rispetto della soglia del 70 per cento della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche effettuate da parte di ciascun medico e provvedendo al medesimo riscontro mediante il supporto del sistema della Tessera Sanitaria di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326. Ferma restando la disposizione contenuta nel richiamato articolo 59, lettera B), comma 11, per la corresponsione dell'indennità forfettaria mensile, la sua erogazione, oltre il termine del 31 marzo 2006, in assenza della stipula dei previsti accordi regionali, non è imputabile sulle risorse del Servizio sanitario nazionale. La mancata stipula dei medesimi accordi regionali costituisce per le Regioni inadempimento. Le disposizioni di cui alla presente lettera si applicano anche per l'attuazione del corrispondente Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

Gli adempimenti previsti integrano gli obblighi a carico delle Regioni già fissati con la richiamata Intesa Stato-Regioni 2006 ed i compiti del Comitato per la verifica dell'erogazione dei LEA ai fini della certificazione dell'adempimento:

- verifica che gli accordi regionali siano stipulati entro il termine perentorio 31 marzo 2006

3.3. Verifica dei provvedimenti regionali in attuazione del D.M. 22 gennaio 1993 per le prestazioni sanitarie esenti (articolo 1, comma 275, lettera b)

L'articolo 1, comma 275 della legge 23 dicembre 2005, n.266 aggiunge fra gli adempimenti regionali indicati all'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, i seguenti:

b) adottare provvedimenti volti a, nel caso in cui le medesime regioni deliberino l'erogazione di prestazioni sanitarie esenti ovvero a costo agevolato in funzione della

condizione economica dell'assistito, fare riferimento esclusivo alla situazione reddituale fiscale del nucleo familiare dell'assistito, assumendo come tale quello individuato con il decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro delle finanze, 22 gennaio 1993, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana 27 gennaio 1993, n. 21.

Gli adempimenti previsti integrano gli obblighi a carico delle Regioni già fissati con la richiamata Intesa Stato-Regioni 2006 ed i compiti del Comitato per la verifica dell'erogazione dei LEA ai fini della certificazione dell'adempimento:

- verifica che i provvedimenti adottati dalle Regioni assumano come riferimento il D.M. 22 gennaio 1993.

4. ULTERIORI COMPITI CONDIVISI DAL COMITATO NELLA RIUNIONE DI INSEDIAMENTO DEL 10 GENNAIO 2006.

4.1 Estensione agli anni 2003-2004 del monitoraggio del rapporto costi/Livelli Essenziali di Assistenza a partire dal monitoraggio già effettuato per gli anni 2001-2002, sulla base della rilevazione del flusso informativo del modello LA.

4.2 Sviluppo di una metodologia per l'analisi delle condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse nell'erogazione dei LEA.

4.3 Collaborazione ai compiti del Ministero della salute per consentire al Parlamento la funzione di sindacato ispettivo sui Livelli Essenziali di Assistenza

CONDIVISO SENZA OSSERVAZIONI DAL COMITATO NELLA RIUNIONE DEL 14 FEBBRAIO 2006

Il Segretario
Dott.ssa Maria Giuseppina La Falce

Il Coordinatore del Comitato
Dott. Filippo Palumbo

Roma 14 febbraio 2006