

**Settore sanitario – sistema sanzionatorio previsto a legislazione vigente.
Documento inviato da RGS su richiesta Copaff**

A. Per tutte le regioni

1. Rispetto degli adempimenti previsti dalla vigente legislazione – Sanzioni: Mancata erogazione della quota premiale, pari al 3% del finanziamento ordinario (2% per le regioni virtuose che hanno avuto accesso al livello di anticipazione delle risorse sanitarie superiore al 97%).

Ai sensi dell'articolo 2, comma 68, lettera b) della legge 191/2009, tale quota è erogata alle regioni che risultano aver rispettato tutti gli adempimenti previsti dalla vigente legislazione. Trattasi di 45 adempimenti (per il dettaglio cfr. allegato 1) verificati annualmente dal Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti che si avvale, per la verifica di taluni di essi del Comitato per la verifica dell'erogazione dei LEA. Tali adempimenti riguardano in particolare:

- l'obbligo del mantenimento dell'equilibrio di bilancio e della garanzia della copertura in caso di disavanzo;
- il miglioramento della qualità dei dati contabili;
- obblighi di carattere informativo e adozione della contabilità analitica per centri di costo;
- obbligo dell'accantonamento delle risorse relative ai costi derivanti dal rinnovo dei contratti per il personale;
- rispetto di specifiche disposizioni su talune delle principali voci di spesa come personale (contenimento dei costi), farmaceutica (rispetto dei tetti) e beni servizi (adesione alle convenzioni Consip);
- rispetto dello standard nazionale dei posti letto;
- rispetto del Patto di stabilità interno;
- erogazione dei LEA e adozione di altri provvedimenti per il miglioramento dell'efficienza delle prestazioni quali riduzione delle liste di attesa e miglioramento dell'appropriatezza;
- adeguamento alla normativa nazionale in materia di Tessera sanitaria;
- ulteriori obblighi in materia di assistenza domiciliare e residenziale, cure palliative, decadenza e confermabilità dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, edilizia sanitaria ecc.

2. Copertura degli eventuali disavanzi di gestione – Sanzioni: incremento automatico delle aliquote fiscali, blocco del turn-over e divieto di effettuare spese non obbligatorie.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 174 della legge 311/2004, per tutte le regioni, sulla base dei risultati di IV trimestre dell'esercizio, verificati nell'esercizio successivo, nel periodo di febbraio-marzo, il Tavolo verifica la sussistenza dell'equilibrio di bilancio. Qualora si registri nella singola regione un disavanzo di gestione a fronte del quale non sono stati adottati in corso d'anno gli idonei provvedimenti di copertura, il Presidente del Consiglio diffida la regione interessata a provvedervi entro il 30 aprile. La disposizione prevede inoltre che, qualora la regione non adempia, entro i successivi trenta giorni il Presidente della Regione, in qualità di Commissario ad acta, adotti i necessari provvedimenti per il suo ripianamento, ivi inclusi gli aumenti delle aliquote fiscali. Qualora i provvedimenti

necessari per il ripianamento del disavanzo non vengano adottati dal Presidente della regione, in qualità di Commissario ad acta, entro il 31 maggio, nella regione interessata, si applicano comunque automaticamente gli aumenti nella misura massima prevista dalla vigente normativa dell'IRAP (+ 1%) e dell'addizionale IRPEF (+0,5%). Inoltre, ai sensi delle modifiche introdotte alla disposizione dall'articolo 2, comma 76 della legge finanziaria 2010, si applicano anche il **blocco automatico del turn over del personale** del servizio sanitario fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e per il medesimo periodo **il divieto di effettuare spese non obbligatorie.**

3. Superamento dello standard di disavanzo strutturale – Sanzioni: Obbligo di predisporre un Piano di rientro di durata non inferiore al triennio. Le regioni sottoposte al Piano hanno anche l'obbligo dell'innalzamento delle aliquote fiscali al livello massimo previsto dalla vigente legislazione.

Ai sensi dell'articolo 2, comma 77, della legge finanziaria per l'anno 2010 **è fissato al 5% del finanziamento ordinario** (comprensivo delle entrate proprie regionali) il livello del disavanzo superato il quale **scatta inderogabilmente** (anche se la regione ha prodotto le necessarie coperture) **l'obbligo della predisposizione di un Piano di rientro.** Tale obbligo scatta anche se la regione ha un disavanzo inferiore al 5% ma non dispone delle risorse per la copertura dello stesso.

B. Per le regioni che hanno l'obbligo di predisporre il Piano di rientro

1. Piano inidoneo ovvero mancata presentazione dello stesso – Sanzioni: oltre all'applicazione, se già non intervenute delle sanzioni di cui al precedente punto A.2 (incremento automatico delle aliquote fiscali, blocco del turn-over e divieto di effettuare spese non obbligatorie) si aggiungono la nomina del Presidente della Regione quale commissario *ad acta* per la predisposizione e l'attuazione del Piano, la sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio, la decadenza dei Direttori Generali, amministrativi e sanitari degli enti del SSR e dell'assessorato alla sanità e il super-incremento delle aliquote fiscali, cioè ulteriore 0,15% di IRAP e ulteriore 0,30% di addizionale IRPEF.

Ciò, ai sensi dell'articolo 2, comma 79, della legge finanziaria 2010. L'adeguatezza del Piano è accertata dal Consiglio dei Ministri. Il Piano è valutato preliminarmente dalla STEM e dalla Conferenza Stato-Regioni. Il Consiglio dei Ministri si esprime anche in mancanza di parere della STEM e/o Conferenza. In caso di valutazione negativa o non presentazione del Piano, lo stesso deve essere predisposto ed attuato dal Presidente della regione, in qualità di Commissario *ad acta*.

2. Inadempienza della regione, nell'attuazione del Piano – Sanzioni: le medesime di cui al precedente punto B.1, compresa la nomina del Presidente come Commissario per l'attuazione.

Qualora il procedimento di cui al punto B.1 abbia dato esito positivo, e cioè il Piano di rientro presentato dalla regione sia stato giudicato idoneo, ma poi si verifica nel corso dell'attuazione dello stesso che le regione non ottempera agli obblighi previsti nel Piano medesimo, il Presidente del Consiglio dei Ministri diffida la regione ad adempiere; in caso di perdurante inadempienza scattano le predette sanzioni, ai sensi dell'articolo, 2, comma 83, della legge finanziaria 2010. Le verifiche dell'attuazione del Piano sono di norma trimestrali e annuali e sono effettuate da **Tavolo** e **Comitato.**

3. **Accertamento in sede di verifica annuale di mancato raggiungimento obiettivi del Piano – Sanzioni: il super-incremento delle aliquote fiscali, cioè ulteriore 0,15% di IRAP e ulteriore 0,30% di addizionale IRPEF.**

Ciò ai sensi dell'articolo 2, comma 86, della legge finanziaria 2010.

C. Per le regioni sotto Piano di rientro e già Commissariate

1. **Inadempienza del Presidente-Commissario. Sanzioni: Il presidente del Consiglio dei Ministri nomina uno o più Commissari ad acta per l'adozione degli atti indicati nel Piano e non realizzati.**

Ciò ai sensi dell'articolo 2, comma 84, della legge finanziaria 2010.

ALLEGATO 1 –ADEMPIMENTI ¹

Oggetto adempimento	Normativa di riferimento
Stabilità ed equilibrio di gestione del Servizio Sanitario Regionale	1) mantenere la stabilità e l'equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale, tramite: <ul style="list-style-type: none"> - misure di contenimento della spesa (strumenti di controllo della domanda, riduzione della spesa sanitaria o in altri settori, applicazione di strumenti fiscali; - la quantificazione dei maggiori oneri a proprio carico, indicandone la copertura (<i>art. 4, commi 2 e 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405</i>).
Acquisto di beni e servizi	2) adempiere alle disposizioni in materia di acquisto di beni e servizi così come previsto dall'art. 2, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, così come modificato dall'art. 3 comma 168, della legge 24 dicembre 2003, n.350, nonché dall'articolo 22, comma 8, del decreto legge n. 78/2009
Obblighi informativi	3) adempiere: <ul style="list-style-type: none"> - agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio al Sistema Informativo Sanitario dei modelli CE, SP, CP ed LA (<i>decreto ministeriale 16 febbraio 2001, decreto ministeriale 28 maggio 2001, decreto ministeriale 29 aprile 2003, decreto ministeriale 18 giugno 2004</i>); - agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel decreto ministeriale 12 dicembre 2001; - adempiere agli obblighi informativi in materia di sanità veterinaria e alimenti derivanti da normativa comunitaria
Patto di stabilità interno	4) adeguarsi alle prescrizioni del patto di stabilità interno (<i>articoli 77 e 77 ter del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133; articoli 7-ter e 7-quater del decreto legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33</i>).
Erogazione	5) mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei L.E.A., (<i>decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e</i>

¹ Nell'ambito della costituenda Struttura tecnica di monitoraggio (STEM) è previsto che si provveda all'aggiornamento degli strumenti di valutazione e monitoraggio al fine di snellire e semplificare gli attuali adempimenti ed individuare un apposito set di indicatori per aree prioritarie di particolare rilevanza in materia di attuazione dei LEA (articolo 4, comma 2, dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009).

Oggetto adempimento	Normativa di riferimento
LEA	<i>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).</i>
Posti letto	6) 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 (art. 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) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.
Appropriatezza	7) adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, in attuazione del punto 4.3 dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001. La relativa verifica avviene secondo le modalità definite nell'accordo Stato-Regioni del 1° luglio 2004, atto rep. n. 2035, (articolo 52, comma 4, lettera b), della legge 27 dicembre 2002, n. 289); Allegato 1- punto 2, lettera g dell'Intesa del 23 marzo 2005.
Liste d'attesa	8) attuare nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa, le adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, di accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, in armonia con quanto previsto dall'accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome del 14 febbraio 2002, atto rep. n. 1387, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e gli indirizzi applicativi sulle liste di attesa. A tale fine, la flessibilità organizzativa e gli istituti contrattuali della turnazione, del lavoro straordinario e della pronta disponibilità, potranno essere utilizzati, unitamente al recupero di risorse attualmente utilizzate per finalità non prioritarie, per ampliare notevolmente l'offerta dei servizi, con diminuzione delle giornate complessive di degenza. Annualmente le regioni predispongono una relazione da presentare in sede di Conferenza Stato-Regioni, anche ai fini del successivo inoltro da inviare al Parlamento, circa l'attuazione dei presenti adempimenti e dei risultati raggiunti (articolo 52, comma 4, lettera c), della legge 27 dicembre 2002, n. 289); articolo 50, comma 5, della legge 326/2006; Intesa del 28 marzo 2006 - .Punto 7.2 e Punto 7.3; articolo 1, comma 282, della legge n. 266/2005.
Decadenza automatica Direttori Generali	9) adottare i provvedimenti diretti a prevedere, ai sensi dell'articolo 3, comma 2, lettera c), del decreto-legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie ed ospedaliere, nonché delle aziende ospedaliere autonome (articolo 52, comma 4, lettera d) della legge 27 dicembre 2002, n. 289).
Monitoraggio prescrizioni (tessera sanitaria)	10) attivare sul proprio territorio il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere di cui ai commi 5-bis, 5-ter e 5-quater dell'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388; la relativa verifica avviene secondo modalità definite in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (articolo 52, comma 4 lettera a), della legge 27 dicembre 2002, n. 289). Tale adempimento regionale si considera rispettato dall'applicazione, in rapporto allo stato di attuazione delle procedure

Oggetto adempimento	Normativa di riferimento
	previste, delle disposizioni dell'articolo 50 del decreto - legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326. Tale adempimento si intende rispettato anche nel caso in cui le Regioni e le Province autonome dimostrino di avere realizzato, in rapporto allo stato di attuazione delle procedure previste, direttamente nel proprio territorio sistemi di monitoraggio delle prescrizioni mediche, nonché di trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze, di copia dei dati dalle stesse acquisiti, i cui standard tecnologici e di efficienza ed effettività, verificati d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, risultino non inferiori a quelli realizzati in attuazione dell'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003 n.269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326.
Tessera sanitaria	11) adottare tutti i provvedimenti, in rapporto allo stato di attuazione delle procedure previste, affinché le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e, ove autorizzati dalle Regioni, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed i policlinici universitari che consegnano i ricettari ai medici del SSN di cui al comma 2, dell' articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, in numero definito, secondo le loro necessità, comunichino immediatamente al Ministero dell'economia e delle finanze, in via telematica, il nome, il cognome, il codice fiscale dei medici ai quali è effettuata la consegna, l'indirizzo dello studio, del laboratorio ovvero l'identificativo della struttura sanitaria nei quali gli stessi operano, nonché la data della consegna e i numeri progressivi regionali delle ricette consegnate. Con provvedimento dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze sono stabilite le modalità della trasmissione telematica (articolo 50, comma 4, del decreto - legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326).
Ripiano tetti farmaceutica	12) adozione: <ul style="list-style-type: none"> - delle misure di contenimento della spesa farmaceutica territoriale, ivi compresa la distribuzione diretta, per un ammontare pari ad almeno il 30 per cento dello sfioramento del tetto del 13,6% (<i>articolo 5, comma 4, del decreto - legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e articolo 13 comma 1, lettera c), del decreto-legge 28 aprile 2009, n.39, convertito, con modificazioni dalla legge 24 giugno 2009, n.77.;</i> - delle misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera o di voci equivalenti di spesa ospedaliera non farmaceutica o di altre voci del Servizio sanitario regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale in caso di sfioramento del tetto del 2,4% della spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta (<i>articolo 5, comma 5, del decreto - legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222);</i>
Conferimento dati al SIS	13) il conferimento dei dati al SIS, nei contenuti e secondo le modalità di cui al comma 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla suddetta Intesa, sulla base dei criteri fissati dalla Cabina di Regia. Restano fermi gli adempimenti relativi agli obblighi informativi di cui ai punti precedenti (<i>art. 3, comma 6, Intesa Stato-</i>

Oggetto adempimento	Normativa di riferimento
	<i>Regioni del 23 marzo 2005); DM 17 dicembre 2008.</i>
Contabilità analitica	14) adozione di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda unità sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (<i>art. 3, comma 7, Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005</i>).
Confermabilità direttori generali	15) le Regioni, entro il 30 ottobre 2005, garantiscono e adottano misure specifiche dirette a prevedere che, ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore Generale alle ASL, Aziende Ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli IRCCS, il mancato rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi ricompresi nell'NSIS costituisce grave inadempienza (<i>art. 3, comma 8, Intesa stato-regioni del 23 marzo 2005</i>).
Dispositivi medici	16) Il Nuovo Sistema Informativo sanitario ricomprende il flusso informativo sui dispositivi medici da definirsi con specifico accordo, da sancire in Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281; (<i>art. 3, comma 9, Intesa stato-regioni del 23 marzo 2005</i>).
Distribuzione diretta farmaci di classe A	17) Con riferimento alla esigenza di verificare che l'onere a carico del SSN 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 (<i>art.3, comma 10, Intesa stato-regioni del 23 marzo 2005</i>); <i>DM 31 luglio 2007</i> .
Riduzione assistenza ospedaliera erogata	18) adottare, entro il 30 settembre 2005, i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo entro l'anno 2007, il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno di norma pari al 20%, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006 oggetto di verifica (<i>art. 4, comma 1, lettera b) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005</i>).

Oggetto adempimento	Normativa di riferimento
Assistenza domiciliare e residenziale	19) assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera (<i>art. 4, comma 1, lettera c) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005</i>).
Tariffe ospedaliere	20) stabilire nella definizione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, un valore soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari nei reparti di lungo degenza, oltre il quale si applica una significativa riduzione della tariffa giornaliera, fatta salva la garanzia della continuità dell'assistenza. In fase di prima applicazione fino all'adozione del relativo provvedimento regionale, il valore soglia è fissato in un massimo di 60 giorni di degenza, con una riduzione tariffaria pari ad almeno il 30% della tariffa giornaliera piena (<i>art. 4, comma 1, lettera d) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005</i>).
Piano nazionale della prevenzione	21) adottare, entro il 30 giugno 2005, il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione di cui all'allegato 2 dell'Intesa 23 marzo 2005, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale (<i>art. 4, comma 1, lettera e) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005</i>); <i>Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008</i> ; <i>Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009</i> .
Piano nazionale aggiornamento personale	22) adottare, entro il 30 luglio 2005, ed avviare entro il 30 settembre 2005, il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, da approvarsi con separata intesa entro il 30 maggio 2005 sulla base delle linee contenute nell'allegato 3 dell'Intesa 23 marzo 2005, coerentemente con il Piano sanitario nazionale. Le Regioni convengono, altresì, di destinare 50 milioni di euro per la realizzazione, nel proprio ambito territoriale, del medesimo Piano. Le Regioni si impegnano a trasmettere al centro nazionale per l'ECM, da istituirsi con la richiamata intesa, idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire al medesimo Centro di certificare l'avvenuto adempimento, ai fini di quanto previsto dall'articolo 12 dell'Intesa stato-regioni del 23 marzo 2005 (<i>art. 4, comma 1, lettera f) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005</i>).
Implementazione percorsi diagnostici terapeutici	23) promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero, che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione, (<i>art. 4, comma 1, lettera g) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005</i>).
LEA aggiuntivi	24) inviare al Comitato LEA di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 i provvedimenti relativi ai livelli essenziali aggiuntivi regionali e al relativo finanziamento (<i>art. 4, comma 1, lettera h) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005</i>); <i>Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009</i> .
Accordi	25) le Regioni trasmettono al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze i provvedimenti con i quali sono stati adottati i

Oggetto adempimento	Normativa di riferimento
successivi al DPCM 29/11/2001	contenuti degli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni successivamente all'entrata in vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, limitatamente agli accordi rilevanti, ai fini dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (art. 4, comma 1, lettera i) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005).
Obblighi di trasmissione di provvedimenti	26) le Regioni comunicano al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze i provvedimenti previsti dall'art. 4, comma 1 dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 (art. 4, comma 2, dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005).
Vincolo di crescita 2%	27) rispetto del vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione delle aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, compresi i Policlinici universitari, e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e del servizio sanitario regionale nel suo complesso, con esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore, secondo modalità che garantiscono che, complessivamente, la loro crescita annua non sia superiore al 2%, rispetto ai dati di preconsuntivo relativi al quarto trimestre 2004, trasmessi dalle Regioni al Sistema informativo sanitario, al netto di eventuali costi del personale di competenza di esercizi precedenti (art. 5 dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005).
Certificazioni trimestrali di accompagnamento al conto economico	28) con riferimento a quanto previsto <i>sub f)</i> dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni si impegnano a rispettare l'obbligo in capo alle stesse di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, con riferimento alle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli Istituti di carattere e cura a carattere scientifico, sia in sede di preventivo annuale, che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e a rispettare l'obbligo dell'adozione di misure – compresa la disposizione per la decadenza dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico – per la riconduzione in equilibrio della gestione, ove si prospettassero situazioni di squilibrio, fermo restando quanto disposto dal comma 174 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e, ove necessario, quanto disposto dal comma 180 del medesimo articolo (art. 6, comma 1, dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005); provvedono alla verifica trimestrale del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della gestione, coerentemente con l'obiettivo sull'indebitamento delle Amministrazioni pubbliche, assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento. I direttori generali delle aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, compresi i Policlinici universitari, e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono tenuti a presentare per via informatica alla regione, al Ministero dell'economia e delle finanze, al Ministero della salute, ogni tre mesi, una certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale, in ordine alla coerenza con gli obiettivi sopra indicati. In caso di certificazione di non coerenza con i predetti obiettivi, i direttori generali sono tenuti contestualmente a presentare un piano, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La certificazione di non coerenza comporta automaticamente il blocco delle assunzioni del personale dell'azienda e dell'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a carattere sanitario per l'esercizio in corso. Le

Oggetto adempimento	Normativa di riferimento
	<p>regioni adottano tutti i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento.</p> <p><i>(art. 6, comma 2, dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005).</i></p>
Edilizia sanitaria	<p>29) per le Regioni che, alla data del 1° gennaio 2005 abbiano ancora in corso di completamento il proprio programma di investimenti in attuazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1998, n. 67, e successive modificazioni, sia fissata al 15% la quota minima delle risorse residue da destinare al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, salvo la dimostrazione da parte delle regioni di aver già investito risorse per l'ammodernamento tecnologico. Le risorse residue di cui sopra sono quelle risultanti dalla differenza tra le risorse complessivamente assegnate e le risorse già finalizzate a specifici interventi, compresi in accordi di programma già sottoscritti e per i quali, al momento dell'entrata in vigore della legge n. 311 del 30 dicembre 2004, sia già avvenuta l'emanazione del decreto dirigenziale del Ministero della salute di ammissione al finanziamento, ovvero sia già stata formalmente commissionata la progettazione da parte della Regione interessata <i>(art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005);</i></p>
obbligo accantonamenti per personale dipendente e convenzionato	<p>30) Al fine di garantire nel settore sanitario la corretta e ordinata gestione delle risorse programmate nell'ambito del livello di finanziamento cui concorre lo Stato, di cui all'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nonché il rispetto del relativo equilibrio economico-finanziario, a decorrere dal biennio economico 2006-2007, per le regioni al cui finanziamento concorre lo Stato, nel rispetto della propria autonomia contabile, costituisce obbligo ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dalla conseguente Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, la costituzione di accantonamenti nel proprio bilancio delle somme necessarie alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale (SSN) e degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato con il SSN, nell'ambito del proprio territorio, quantificati sulla base dei parametri previsti dai documenti di finanza pubblica. Ciascuna regione dà evidenza di tale accantonamento nel modello CE riepilogativo regionale di cui al D.M. 16 febbraio 2001 del Ministro della sanità, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2001, e al D.M. 28 maggio 2001 del Ministro della sanità, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 132 del 9 giugno 2001. Qualora dai dati del monitoraggio trimestrale in sede di verifica delle certificazioni trimestrali di accompagnamento del conto economico, di cui all'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, si evidenzia il mancato o parziale accantonamento, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, segnala alla regione tale circostanza.</p> <p><i>(art. 9, comma 1, Decreto legge 30 settembre 2005 n. 203).</i></p>
Accordi integrativi con i medici di base	<p>31) 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</p>

Oggetto adempimento	Normativa di riferimento
	<p>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 citato articolo 59, lettera B, comma 11, per la corresponsione dell'indennità forfettaria mensile, la sua erogazione, oltre il termine del 31 marzo 2006, in assenza della stipula dei previsti accordi regionali, non è imputabile sulle risorse del Servizio sanitario nazionale. La mancata stipula dei medesimi accordi regionali costituisce per le regioni inadempimento. Le disposizioni di cui alla presente lettera si applicano anche per l'attuazione del corrispondente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta (articolo 1, comma 273, legge 23 dicembre 2006, n. 266).</p>
Esenzioni	<p>32) Adottare provvedimenti volti, nel caso in cui le medesime regioni deliberino l'erogazione di prestazioni sanitarie esenti ovvero a costo agevolato in funzione della condizione economica dell'assistito, a fare riferimento esclusivo alla situazione reddituale fiscale del nucleo familiare dell'assistito, assumendo come tale quello individuato con il D.M. 22 gennaio 1993 del Ministro della sanità, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 21 del 27 gennaio 1993.</p> <p><i>(art. 1, comma 275, legge n. 266 del 23 dicembre 2005)</i></p>
Contenimento spesa per il personale 2009	<p>33) Per gli Enti del Servizio sanitario nazionale occorre far riferimento, per quanto riguarda le spese di personale, alle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 che stabiliscono quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fermo restando quanto previsto per gli anni 2005 e 2006 dall'articolo 1, commi 98 e 107, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e, per l'anno 2006, dall'articolo 1, comma 198, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 l'adozione da parte degli Enti del SSN di misure necessarie a garantire che le spese complessive di personale non superino per l'anno 2008 per ciascun ente il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%; • alla verifica del predetto obiettivo si provvede nell'ambito del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti. • la regione è giudicata adempiente accertato l'effettivo conseguimento dell'obiettivo previsto. In caso contrario la regione è considerata adempiente solo ove abbia assicurato l'equilibrio economico.
Accreditamento istituzionale	<p>34) Accredito istituzionale</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; <i>articolo 1, comma 796, lettera s) della legge 27 dicembre 2006, n. 296</i> - 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'articolo 8-quater, comma 1, del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992; <i>articolo 1, comma 796, lettera t) della legge 27 dicembre 2006, n. 296</i> - le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che, a decorrere dal 1° gennaio 2008, non possano essere concessi

Oggetto adempimento	Normativa di riferimento
	<p>nuovi accreditamenti, ai sensi dell'articolo 8-quater 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 del medesimo articolo 8-quater del decreto legislativo n. 502 del 1992. Il provvedimento di ricognizione è trasmesso al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 9 della citata intesa 23 marzo 2005. Per le regioni impegnate nei piani di rientro previsti dall'accordo di cui alla lettera b), le date del 1° gennaio 2008 di cui alla presente lettera e alla lettera s) sono anticipate al 1° luglio 2007 limitatamente alle regioni nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si sia provveduto ad adottare o ad aggiornare, adeguandoli alle esigenze di riduzione strutturale dei disavanzi, i provvedimenti di cui all'articolo 8-quinquies, commi 1 e 2, del citato decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni; <i>articolo 1, comma 796, lettera u) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;</i> - <i>Legge 23 dicembre 2009, n. 191, articolo 2, comma 100.</i></p>
Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio	<p>35) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio</p> <p>fatto salvo quanto previsto in materia di aggiornamento dei tariffari delle prestazioni sanitarie dall'articolo 1, comma 170, quarto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come modificato dalla presente lettera, a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto. Fermo restando il predetto sconto, le regioni provvedono, entro il 28 febbraio 2007, ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate. All'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, sentite le società scientifiche e le associazioni di categoria interessate»; <i>articolo 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296</i></p>
Sperimentazioni gestionali	<p>36) Sperimentazioni gestionali</p> <p>le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari regionali, copia dei programmi di sperimentazione aventi ad oggetto i nuovi modelli gestionali adottati sulla base dell'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ovvero sulla base della normativa regionale o provinciale disciplinante la materia. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono annualmente ai predetti Ministeri, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari regionali, una relazione sui risultati conseguiti con la sperimentazione, sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi; <i>articolo 3, comma 7 del decreto legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito con modificazioni nella legge 16 novembre 2001 n. 405.</i></p>
Attività libero	<p>37) Attività libero professionale intramuraria</p>

Oggetto adempimento	Normativa di riferimento
professionale intramuraria	<p>La norma dispone che ogni azienda sanitaria locale, ospedaliera o universitaria deve predisporre un piano aziendale – con riferimento alle singole unità operative- sui volumi di attività istituzionali e attività libero-professionale intramuraria con particolare riguardo anche alle condizioni di esercizio di tale attività, nonché dei criteri che regolano l'erogazione di tali prestazioni e priorità di accesso.</p> <p>Termine di presentazione: 4 mesi dalla data di entrata in vigore della legge.</p> <p>Scadenza 7.12.2007 da parte delle Aziende. 7.02.2008 approvazione dalle Regioni e trasmissione al Ministero della salute.</p> <p>Decorsi 60 giorni da tale data in caso di silenzio assenso i piani si intendono operativi.</p> <p>Ogni Regione, ai sensi del comma 8, deve trasmettere al Ministero della Salute una relazione trimestrale sull'attuazione dei commi 1,2,4,5,6,7., e sull'avvenuta adozione da parte aziendale dei singoli Piani; <i>articolo 1, commi 5, 6, 7, 8 della Legge 3 agosto 2007 n. 120.</i></p>
Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro	<p>38) Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro D.P.C.M. 17 dicembre 2007 Esecuzione dell'accordo del 1° agosto 2007, recante: "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro".</p> <p>Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17 dicembre 2007 rende esecutivo l'accordo del 1 agosto 2007 recante "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro".</p> <p>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.</p>
Controllo cartelle cliniche	<p>39) 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)</p> <p>1-septies. All'art. 88 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, il comma 2 e' sostituito dal seguente: «2. Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze.».</p>
Assistenza protesica	<p>40) Verificare la spesa per l'erogazione dell'assistenza protesica (Art. 2 comma 380 legge 24 dicembre 2007 n. 244)</p> <p>Nell'anno 2008, a livello nazionale e in ogni singola regione, la spesa per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica relativa ai dispositivi su misura di cui all'elenco 1 allegato al regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332, non può superare il livello di spesa registrato nell'anno 2007 incrementato del tasso di inflazione programmata. Al fine di omogeneizzare sul territorio nazionale la remunerazione delle</p>

Oggetto adempimento	Normativa di riferimento
	medesime prestazioni, gli importi delle relative tariffe, fissate quali tariffe massime dall'articolo 4 del decreto del Ministro della salute 12 settembre 2006, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 289 del 13 dicembre 2006, sono incrementati del 9 per cento.
Cure palliative	41) 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")
Sanità penitenziaria	42) 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"
Qualità dei dati contabili	<p>43) Garanzia dell'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili. A tal fine:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) le regioni effettuano una valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle aziende e del consolidato regionale relativi all'anno 2008: a tale adempimento provvedono le regioni sottoposte ai Piani di rientro entro il 31 ottobre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011; b) le regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, per tutta la durata dei piani intensificano le verifiche periodiche delle procedure amministrativo contabili, ai fini della certificazione annuale dei bilanci delle aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale; c) le regioni, per l'implementazione e la messa a regime delle conseguenti attività regionali, ivi comprese le attività eventualmente necessarie per pervenire alla certificabilità dei bilanci, possono fare ricorso alle risorse di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67; d) le regioni si impegnano ad avviare le procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci. <p>(Art. 11, Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2010)</p>
Misure in di materia personale	<p>44) Impegno, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, all'ulteriore contenimento della spesa di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, compreso quello operante nelle aziende ospedaliere universitarie a carico anche parziale del SSN, anche attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei

Oggetto adempimento	Normativa di riferimento
	<p>fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale;</p> <p>b) la fissazione di 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 di quanto previsto alla lettera a).</p> <p>(Art. 12, Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2010)</p>
Livelli di assistenza aggiuntivi	<p>45) Invio al Comitato LEA, 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 la indicazione della specifica fonte di finanziamento, non a carico del Servizio sanitario nazionale, corredata da relazione tecnica analitica sulla congruità del finanziamento predisposto.</p> <p>(Art. 4, comma 1, lettera c), dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2010)</p>