

**Schema di Intesa Stato Regioni di cui all'articolo 1, comma 173,
della legge 30 dicembre 2004 n. 311.**

Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131.

TESTO del GOVERNO

PROPOSTA delle REGIONI

| LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO | |
|--|--|
| VISTO l'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, il quale prevede, tra l'altro, che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni; | ok |
| VISTO l'articolo 1, comma 164 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone, che per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2005-2007 il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato, è determinato in 88.195 milioni di euro per l'anno 2005, 89.960 milioni di euro per l'anno 2006 e 91.759 milioni di euro per l'anno 2007; | VISTO l'articolo 1, comma 164 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone, per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2005-2007, il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato, che è determinato in 88.195 milioni di euro per l'anno 2005; |
| RITENUTO che i predetti importi ricomprendono le entrate proprie quantificate nella misura corrispondente all'importo considerato per la determinazione del fabbisogno finanziario dell'anno 2001 pari a euro 1.982.157.447, relativamente all'anno 2005, mentre per gli anni 2006 e 2007 la corrispondente quantificazione sarà | RITENUTO che il i predetto livello complessivo della spesa ricomprende le entrate proprie quantificate nella misura corrispondente all'importo considerato per la determinazione del fabbisogno finanziario dell'anno 2001 pari a euro 1.982.157.447; |

| | |
|--|--|
| definita in sede di determinazione del fabbisogno sanitario per le singole Regioni; | |
| <p>VISTO l'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone, che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato di cui al comma 164 del medesimo articolo 1, rispetto al livello di cui all'Accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dall'anno 2005, è subordinato alla stipula di una specifica intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003 ,n.131, che contempra, per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, ai fini del contenimento della dinamica dei costi specifici adempimenti ;</p> | <p>VISTO l'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone, che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato per il 2005 è subordinato alla stipula di una specifica intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003 ,n.131, che contempra, per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, specifici adempimenti;</p> |
| <p>VISTO l'articolo 1, comma 176 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che dispone, che in caso di mancato adempimento da parte delle Regioni e delle Province Autonome agli obblighi di cui al richiamato comma 173 del medesimo articolo, è precluso l'accesso al maggior finanziamento previsto per gli anni 2005, 2006 e 2007, con conseguente immediato recupero delle somme eventualmente erogate;</p> | ok |
| <p>VISTO l'articolo 1, comma 179 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che dispone che, al fine di garantire il rispetto degli obblighi di cui al comma 173 del medesimo articolo 1, ciascuna regione provvede a disciplinare appositi meccanismi di raccordo tra le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta attribuendo a questi ultimi il compito di segnalare tempestivamente alle strutture competenti a</p> | sopprimere |

| | |
|---|---|
| <p>livello regionale le situazioni di inefficienza gestionale ed organizzativa che costituiscono violazione dei costi di cui ai commi da 164 a 187 del medesimo articolo 1;</p> | |
| <p>VISTO l'articolo 1, comma 181 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che dispone che, con riferimento agli importi indicati al comma 164 del medesimo articolo, relativamente alla somma di 1.000 milioni di euro per l'anno 2005, 1.200 milioni di euro per l'anno 2006 e 1.400 milioni di euro per l'anno 2007, il relativo riconoscimento alle regioni resta condizionato oltre che dagli adempimenti di cui al comma 173 del medesimo articolo, anche al rispetto da parte delle regioni medesime dell'obiettivo per la quota a loro carico sulla spesa farmaceutica previsto dall'articolo 48 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326;</p> | <p>VISTO l'articolo 1, comma 181 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che dispone che, con riferimento agli importi indicati al comma 164 del medesimo articolo, relativamente alla somma di 1.000 milioni di euro per l'anno 2005, il relativo riconoscimento alle regioni resta condizionato oltre che dagli adempimenti di cui al comma 173 del medesimo articolo, anche al rispetto da parte delle regioni medesime dell'obiettivo per la quota a loro carico sulla spesa farmaceutica previsto dall'articolo 48 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326</p> |
| <p>VISTO l'articolo 1, comma 184, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che, al fine di consentire in via anticipata l'erogazione dell'incremento del finanziamento a carico dello Stato prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alla lettera a) che il Ministero dell'economia e delle finanze, per gli anni 2005, 2006 e 2007, è autorizzato a concedere alle regioni a statuto ordinario anticipazioni con riferimento alle somme indicate al comma 164 del medesimo articolo, al netto di quelle indicate al comma 181 nella misura pari al 95 per cento delle somme dovute alle regioni a statuto ordinario a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario; - alle lettera b) che, per gli anni 2005, 2006 e 2007, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a concedere alle regioni Sicilia e Sardegna, anticipazioni nella misura pari al 95 per cento delle somme dovute a tali | <p>ok</p> <ul style="list-style-type: none"> - alla lettera a) che il Ministero dell'economia e delle finanze, per l'anno 2005, è autorizzato a concedere alle regioni a statuto ordinario anticipazioni con riferimento alle somme indicate al comma 164 del medesimo articolo, al netto di quelle indicate al comma 181 nella misura pari al 95 per cento delle somme dovute alle regioni a statuto ordinario a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario alle lettera b) che, per l'anno 2005, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a concedere alle regioni Sicilia e Sardegna, anticipazioni nella misura pari al 95 per cento delle somme dovute a tali regioni a titolo di finanziamento della quota |

| | |
|---|--|
| <p>regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta, quale risulta dalla deliberazione del CIPE per i corrispondenti anni;</p> <p>-alla lettera c), che all'erogazione dell'ulteriore 5 per cento o al ripristino del livello di finanziamento previsto dall'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a partire dall'anno 2005, nei confronti delle singole Regioni si provvede a seguito della verifica degli adempimenti di cui ai commi 173 e 181;</p> <p>-alla lettera d) che, - nelle more della deliberazione del CIPE e della proposta di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui al comma 4 dell'articolo 2 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, nonché della stipula dell'intesa di cui al comma 173, le anticipazioni siano commisurate al livello del finanziamento corrispondente a quello previsto dal riparto per l'anno 2004 in base alla deliberazione del CIPE, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dall'anno 2005;</p> <p>-alla lettera e) che sono autorizzati, in sede di conguaglio, eventuali recuperi che dovessero rendersi necessari anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti alle regioni per gli esercizi successivi;</p> | <p>indistinta, quale risulta dalla deliberazione del CIPE per i corrispondenti anni;</p> <p>ok</p> <p>-alla lettera d) che, - nelle more della deliberazione del CIPE e della proposta di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui al comma 4 dell'articolo 2 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, nonché della stipula dell'intesa di cui al comma 173, le anticipazioni siano commisurate al livello del finanziamento corrispondente a quello previsto dal riparto per l'anno 2004 in base alla deliberazione del CIPE, rivalutato del 2 per cento per l'anno 2005;</p> |
| <p>CONSIDERATO che va garantito il rispetto del principio della uniforme erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale;</p> <p>TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, PER QUANTO DI COMPETENZA, SI SANCISCE INTESA NEI TERMINI SOTTOINDICATI:</p> | <p>ok</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Art. 1 (adempimenti previsti dalla legislazione vigente)</p> | <p>Art. 1 (adempimenti previsti dalla legislazione vigente)</p> |
| <p>Con riferimento a quanto previsto sub a) dall'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni e le Province autonome assolvono agli adempimenti previsti dalla normativa vigente riportati nell'Allegato 1.</p> <p>a</p> | <p>Con riferimento a quanto previsto sub a) dall'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni e le Province autonome assolvono agli adempimenti già previsti dalla normativa vigente riportati nell'Allegato 1 (lettere comprese tra A ed L).</p> |
| <p>Art. 2 (modalità di affiancamento dei rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia)</p> | |
| <p>1. Con riferimento a quanto previsto sub b) dall'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n.311, salvo gli ulteriori casi di affiancamento definiti dal successivo articolo 8, comma 3, in ogni caso, le Regioni e le Province autonome nelle quali si sia verificato un disavanzo pari o superiore al 7 per cento in base ai risultati del Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti di cui al successivo articolo 12 si impegnano a sottoporre i propri provvedimenti legislativi ed amministrativi, assunti nell'anno successivo a quello in cui si è verificato il disavanzo, concernenti</p> <ul style="list-style-type: none"> a. la programmazione sanitaria, b. l'accREDITamento delle strutture sanitarie, c. la fissazione delle tariffe per la remunerazione dei soggetti erogatori d. l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza, e. la implementazione dei flussi informativi | <p>1. Con riferimento a quanto previsto sub b) dall'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n.311, salvo gli ulteriori casi di affiancamento definiti dal successivo articolo 8, comma 3, in ogni caso, le Regioni e le Province autonome nelle quali si sia verificato un disavanzo, <i>al netto per il 2005 degli eventuali costi per arretrati contrattuali</i>, pari o superiore al 7 per cento delle risorse previste dall'articolo 1, comma 164 della legge 311 del 2004 integrate dalle entrate proprie regionali in base ai risultati del Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti di cui al successivo articolo 12, fermo restando gli impegni relativi alla implementazione dei flussi informativi regionali per la compilazione modello LA per la rilevazione dei costi dei Livelli di Assistenza di cui al decreto ministeriale 18 giugno 2004, , si impegnano a definire un piano di rientro, acquisito il parere dei Ministeri dell'economia e della salute, attuando provvedimenti amministrativi anche in riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a: criteri per l'accREDITamento delle strutture sanitarie b: fissazione delle tariffe per la remunerazione dei soggetti |

| | |
|---|---|
| <p>regionali relativi agli indicatori di cui al "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" di cui al decreto ministeriale 12 dicembre 2001</p> <p>f. la implementazione di flussi informativi regionali per la compilazione modello LA per la rilevazione dei costi dei Livelli di Assistenza di cui al decreto ministeriale 18 giugno 2004, al preventivo concerto con il Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, che lo esprimono o meno entro i 30 giorni dalla notifica, decorsi i quali si applica il principio del silenzio assenso.</p> | <p>erogatori c: applicazione dei livelli essenziali di assistenza</p> |
| <p>Art. 3 (ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS))</p> | |
| <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p> | <p>1 ok</p> <p>2. ok</p> <p>3. ok</p> |

prescrittori e alle strutture erogatrici.

4. Le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo 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 31 marzo 2005 in Conferenza Stato Regioni, tra il Ministro della sanità, 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, un Comitato tecnico permanente e una Segreteria tecnica. 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.

7. La tenuta 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

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 sanità, 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 ministero, 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. ok

6. le regioni si impegnano a conferire i dati al Sistema informativo sanitario, nei contenuti e secondo le modalità di cui al comma precedente

7. le Regioni si impegnano ad adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi

universitari, ed Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di ciascuna regione, è ricompresa fra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla presente Intesa.

8. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro il 31 luglio 2005, adottano provvedimenti diretti a prevedere la non confermabilità dell'incarico del direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale, dell'azienda ospedaliera, dell'azienda ospedaliera universitaria, ivi compresi i Policlinici universitari, e dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico in caso di mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel al Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

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.

comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda unità sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria e ciò rientra tra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla presente intesa . Le regioni provvedono a garantire che anche gli irccs, dopo l'insediamento dei nuovi organi previsti dalla normativa, ed i policlinici universitari laddove c'è un partecipazione regionale nella individuazione degli organi di gestione, adottino una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità.

8.. le regioni garantiscono, ed a tal scopo adottano misure specifiche, che ai fini della confermabilità dell'incarico del direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie, il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel nuovo sistema informativo sanitario costituisce grave inadempienza.

9.ok

10. Con riferimento alla esigenza di verificare che l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza farmaceutica sia contenuto entro il tetto fissato dalla legislazione vigente, 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

| | |
|---|--|
| | <p>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 il predetto flusso al Ministero della salute</p> |
| <p>Art. 4 (razionalizzazione della rete ospedaliera e realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario)</p> | |
| <p>1. Con riferimento a quanto previsto sub d) dall'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e Regioni e le Province autonome si impegnano a:</p> <p>a) adottare entro il 30 giugno 2005 i provvedimenti che prevedano uno standard di dotazione di posti</p> | <p>1. Con riferimento a quanto previsto sub d) dall'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e Regioni e le Province autonome si impegnano a:</p> <p>A) ad adottare entro il 30 settembre provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed</p> |

letto ospedalieri pari a 4,5 posti letto per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento nel 2005 almeno dello standard di 4,7 posti letto per mille abitanti di cui lo 0,8 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza, nel 2006 almeno dello standard di 4,6 posti letto per mille abitanti di cui lo 0,9 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza, per il 2007 lo standard di 4,5 posti letto per mille abitanti di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza;

- b) 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, mantenendo i tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno rispettivamente entro 150 e 60 per mille abitanti nell'anno 2005, entro 140 e 55 nell'anno 2006 ed entro 130 e 50 nell'anno 2007;
- c) assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera, nel rispetto degli standard quantitativi e qualitativi di cui all'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- 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 lungodegenza, oltre il quale si applica una riduzione della tariffa giornaliera, fatta salva la garanzia della continuità dell'assistenza. Il valore soglia è fissato in un massimo di sessanta giorni di

effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, di 4,5 posti letto per mille abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post acuzie. 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 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.

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

degenza; la riduzione tariffaria è pari ad almeno il 30 per cento 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, impegnandosi altresì a vincolare, per la loro realizzazione nel proprio ambito territoriale, le risorse indicate nel medesimo allegato nonché 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 previsti dal successivo articolo 12;

f) adottare entro il 30 giugno 2005 il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario di cui all'allegato 3, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale, impegnandosi altresì a vincolare, per la loro realizzazione nel proprio ambito territoriale, le risorse indicate nel medesimo allegato nonché a trasmettere al Centro nazionale per l'ECM, di cui allo stesso allegato, 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, attraverso il Sistema Nazionale delle Linee-guida di cui al decreto del Ministro della salute del 30 giugno 2004, lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero che

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 e di dare avvio entro il 30 settembre 2005 alle linee operative di attuazione del piano nazionale prevenzione definite dal CCM.;

f) di adottare entro il 30 settembre il piano regionale in attuazione e secondo gli orientamenti del piano nazionale della formazione e dell'aggiornamento, di cui all'allegato 3, che dovrà essere approvato entro il 30 maggio 2005 con specifica intesa in sede di conferenza stato regioni

per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio delle gestioni, prevedendo che i medici prescrittori conformino le proprie autonome decisioni tecniche agli stessi, sulla base di indirizzi concordati d'intesa in Conferenza Stato-Regioni, anche con riferimento alle misure da adottarsi in caso di mancato rispetto dei protocolli senza giustificato motivo, in attuazione dell'articolo 1, comma 28 della legge 23 dicembre 1996 ,n. 662 e secondo quanto confermato dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 di cui al decreto del Presidente della Repubblica 25 maggio 2003.

h) inviare al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze i provvedimenti deliberativi del finanziamento dei livelli assistenziali aggiuntivi regionali; costituiscono inoltre livelli assistenziali aggiuntivi regionali le prestazioni assicurate nei Servizi Socio-Sanitari, i cui relativi oneri sono a carico del sistema socio sanitario regionale in misura superiore a quelli stabiliti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e successive integrazioni.

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.^{1[1]}

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

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)di inviare al tavolo di cui all'articolo 9 della presente intesa , i provvedimenti adottati per eventuali livelli aggiuntivi di assistenza

i) ok

| | |
|--|--|
| <p>comma 1.</p> | <p>2.ok .</p> |
| <p>Art. 5 (vincolo alla crescita delle voci dei costi di produzione del 2%, al netto dei costi del personale)</p> | |
| <p>1. Con riferimento a quanto previsto sub e) dall'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni e le Province autonome si impegnano a rispettare il vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione delle proprie aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, compresi i Policlinici universitari, e 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 garantiscano che, complessivamente, la loro crescita non sia superiore, a decorrere dal 2005, al 2 per cento annuo rispetto ai dati previsionali indicati nel bilancio dell'anno precedente, al netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi.</p> | <p>1. Con riferimento a quanto previsto sub e) dall'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni e le Province autonome si impegnano a rispettare il vincolo di crescita complessivo delle voci dei costi di produzione delle proprie aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, , con esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore, secondo modalità che garantiscano che, complessivamente, la loro crescita non sia superiore, a decorrere dal 2005, al 2 per cento annuo rispetto ai dati previsionali, così come aggiornati al 4° trimestre, indicati nel bilancio consolidato del Servizio Sanitario Regionale dell'anno precedente, al netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi. Sono esclusi dal rispetto del vincolo di crescita del 2% le seguenti voci di spesa: la farmaceutica, la mobilità interregionale, le assicurazioni, gli interessi passivi, le spese collegate a contributi vincolati, vincoli nazionali e non, il nuovo ricettario, le prestazioni acquistate in cui sia rilevante l'incidenza del costo del personale.</p> <p>Le regioni provvedono a garantire che anche gli irccs, dopo l'insediamento dei nuovi organi previsti dalla normativa, ed i policlinici universitari laddove c'è un partecipazione regionale nella individuazione degli organi di gestione, adottino una</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Art. 6 (obbligo di garantire l'equilibrio economico finanziario)</p> | <p>contabilità analitica per centri di costo e responsabilità.</p> |
| <p>1. Con riferimento a quanto previsto sub f) dall'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni e le Province autonome 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 delle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari, ed Istituti di ricovero 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 automatica dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari, ed 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 richiamata legge 30 dicembre 2004, n.311 e, ove necessario, quanto disposto dal comma 180 del medesimo articolo.</p> <p>Nelle more del perfezionamento del procedimento relativo al DPCM attuativo del decreto legislativo 56/2000, i bilanci regionali e aziendali fanno riferimento alle risorse della delibera CIPE di riparto del fabbisogno 2004 rivalutato del</p> | <p>1. Con riferimento a quanto previsto sub f) dall'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni e le Province autonome 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 complessivo regionale delle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie 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 per la riconduzione in equilibrio della gestione, ove si prospettassero situazioni di squilibrio, fermo restando quanto disposto dal comma 174 dell'articolo 1 della richiamata legge 30 dicembre 2004, n.311 e, ove necessario, quanto disposto dal comma 180 del medesimo articolo.</p> <p>Le Regioni si attivano perché anche gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, dopo l'insediamento dei nuovi organi previsti dalla normativa, ed i policlinici universitari laddove c'è una partecipazione regionale nella individuazione degli organi di gestione rispettino l'obbligo dell'equilibrio economico-finanziario universitarie sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo.</p> |

2%.

2. A tal fine le regioni :

- provvedono alla verifica trimestrale del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della gestione, coerentemente l'obiettivo sull'indebitamento delle amministrazioni pubbliche, assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento Conseguentemente i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie, ivi 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 e alla Sezione regionale della Corte dei Conti, 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 delle aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari, ed Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico 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 delle condizioni di equilibrio comporta automaticamente il blocco delle assunzioni del personale dell'azienda e dell'affidamento di incarichi esterni per

Nelle more dell'attuazione di quanto disposto dall'articolo 4 del D.L. 314/2004 i bilanci regionali e aziendali fanno riferimento alle risorse di cui all'art. 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311

2. A tal fine le regioni :

- provvedono alla verifica trimestrale del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della gestione, coerentemente l'obiettivo sull'indebitamento delle amministrazioni pubbliche, assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento Conseguentemente i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, dopo l'insediamento dei nuovi organi previsti dalla normativa e dei policlinici universitari laddove c'è un partecipazione regionale nella individuazione degli organi di gestione, 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 delle aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico dopo l'insediamento dei nuovi organi previsti dalla normativa, sono tenuti contestualmente a presentare un piano, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati.

consulenze non a carattere sanitario per l'esercizio in corso. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati deve essere assicurata, entro il 30 settembre qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata nel primo o nel secondo trimestre ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre, in caso contrario la regione dichiara la decadenza dei direttori generali. Qualora per esigenze straordinarie si renda necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste ed incompatibili con gli obiettivi, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili ed urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali le aziende danno comunicazione alla Giunta regionale entro i successivi quindici giorni.

La decadenza opera, in particolare, nei seguenti casi:

- a. mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale di cui sopra nei termini stabili dalla regione;
- b. mancata presentazione del piano di rientro nei termini definiti dalla regione;
- c. mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre, come sopra stabilito.

–

definiscono con

legge regionale l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari, ed 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 e se sussiste l'attestazione di copertura, a carico della voce di costo inerente, della compatibilità di spesa medesima con il livello di spesa assegnato, prevedendo in caso di violazione dell'obbligo sanzioni in capo al responsabile del procedimento.

3. Le informazioni contabili riportate nella verifica trimestrale devono in ogni caso corrispondere alle informazioni contabili periodicamente inviate al Sistema informativo sanitario attraverso i modelli CE ed SP contenuti nel decreto ministeriale 16 febbraio 2001 e nel decreto ministeriale 28 maggio 2001.

3. Le informazioni contabili riportate nella verifica trimestrale devono in ogni caso corrispondere alle informazioni contabili periodicamente inviate al Sistema informativo sanitario attraverso i modelli CE ed SP annuale contenuti nel decreto ministeriale 16 febbraio 2001 e nel decreto ministeriale 28 maggio 2001

Art. 7

| | |
|---|--|
| <p>(meccanismi di raccordo tra aziende sanitarie e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta)</p> | |
| <p>1. Con riferimento a quanto disposto dall'articolo 1, comma 179, della legge 30 dicembre 2004, n.311, si conviene che le Regioni e le Province Autonome adottano, entro il 30 giugno 2005, e trasmettono al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e finanze, uno specifico provvedimento, con il quale vengono fissate ovvero, se già adottate, richiamate e aggiornate le modalità con le quali sono stati disciplinati gli specifici meccanismi raccordo tra le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Il provvedimento prevede altresì le modalità attraverso sono realizzate forme permanenti di consultazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta per la evidenziazione tempestiva di disfunzioni organizzative e gestionale riconducibili ad inadeguata o insufficiente integrazione assistenziale tra cure primarie, interventi di prevenzione e percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi.</p> | <p>1. Con riferimento a quanto disposto dall'articolo 1, comma 179, della legge 30 dicembre 2004, n.311, le Regioni e le Province Autonome adottano, entro il 30 settembre 2005, uno specifico provvedimento, con il quale vengono aggiornate le modalità che disciplinano i rapporti tra le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere, comprese le aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari, e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, dopo l'insediamento dei nuovi organi previsti dalla normativa. Tali modalità definiscono i rapporti tra ospedale ed il territorio prevedendo il coinvolgimento costante e permanente dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta per una reale integrazione assistenziale tra cure primarie e le cure ospedaliere anche attraverso la coi visione di interventi di prevenzione e percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi <u>accolto</u></p> |
| <p>Art. 8 (accordo per il perseguimento dell'equilibrio economico)</p> | <p>Art. 8 (accordo per il perseguimento dell'equilibrio economico)</p> |
| <p>1. Con riferimento a quanto disposto dall'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n.311, per le regioni interessate - che, ai sensi di tale disposizione stipulano con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze l'apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli</p> | <p>1. Con riferimento a quanto disposto dall'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n.311, per le regioni interessate - che, ai sensi di tale disposizione stipulano con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze l'apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal</p> |

adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173 del medesimo articolo. La sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma operativo, di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale.

2. La sottoscrizione dell'accordo consente alla regione interessata l'accesso al maggior finanziamento con le seguenti modalità:

a) in caso di verificata situazione di equilibrio economico-finanziario, di mantenimento dei livelli di assistenza previsti dalla Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni e modificazioni, di attuazione del Piano nazionale della Prevenzione e del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario, ma di eventuale inadempienza limitata al mancato rispetto degli altri adempimenti di cui all'allegato 1: 80 per cento del maggior finanziamento, all'atto della sottoscrizione dell'accordo, il rimanente 20 per cento subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma;

b) in caso di inadempienza dovuta al mancato rispetto di uno o più adempimenti di cui allegato 1: 20 per cento del maggior finanziamento, all'atto della sottoscrizione dell'accordo, il rimanente 80 per cento subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma

3. L'Accordo :

comma 173 del medesimo articolo. La sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma operativo, di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale.

2. La sottoscrizione dell'accordo consente alla regione interessata l'accesso al maggior finanziamento con le seguenti modalità:

a) in caso di situazione di equilibrio economico-finanziario, verificata dal tavolo cui al successivo articolo 12, di mantenimento dei livelli di assistenza previsti dalla Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni e modificazioni, di attuazione del Piano nazionale della Prevenzione e del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario, ma di eventuale inadempienza limitata al mancato rispetto degli altri adempimenti di cui all'allegato 1: 80 per cento del maggior finanziamento, all'atto della sottoscrizione dell'accordo, il rimanente 20 per cento subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma;

b) ok

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - stabilisce le modalita' per l'erogazione del saldo del maggior finanziamento secondo stati di avanzamento concordati, nonché le modalità per la sospensione dell'erogazione del maggior finanziamento in caso in verifica negativa dello stato di avanzamento nei tempi e nei modi concordati; - definisce adeguate forme di monitoraggio degli obiettivi intermedi per ogni stato di avanzamento e le modalità della loro verifica; - definisce, limitatamente ai casi di cui alla lettera b) del precedente comma, le modalità di affiancamento di rappresentanti del Ministero della salute, di rappresentanti del Ministero dell'economia e finanze e di rappresentanti regionali designati dalla Conferenza Stato Regioni alle attività di gestione e programmazione del servizio sanitario regionale, nonché la individuazione dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria da sottoporre a preventiva approvazione da parte del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, che può approvare anche con prescrizioni in ordine alle modalità di recepimento e ai contenuti degli stessi. | <p>3.. L'Accordo :</p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilisce le modalita' per l'erogazione del saldo del maggior finanziamento secondo stati di avanzamento concordati, nonché le modalità per la sospensione dell'erogazione del maggior finanziamento in caso in verifica negativa dello stato di avanzamento nei tempi e nei modi concordati; - definisce adeguate forme di monitoraggio degli obiettivi intermedi per ogni stato di avanzamento e le modalità della loro verifica; - definisce, limitatamente ai casi di cui alla lettera b) del precedente comma, le modalità di affiancamento prevedendo l'impegno da parte delle regioni di in analogia a quanto definito nell'articolo 2 della presente intesa , a definire un piano di rientro, acquisito il parere dei Ministeri dell'economia e della salute, attuando provvedimenti amministrativi anche in riferimento a: <ul style="list-style-type: none"> a: criteri per l'accreditamento delle strutture sanitarie b: fissazione delle tariffe per la remunerazione dei soggetti erogatori c: applicazione dei livelli essenziali di assistenza |
| <p>Art. 9 (Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA)</p> | <p>Art. 9 Tavolo permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA</p> |
| <p>1. Ai fini della presente Intesa, è istituito presso il Ministero della salute il Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse.</p> | <p>1. Ai fini della presente intesa si conferma la necessità di semplificazione delle procedure previste per le regioni di partecipazione e verifica ai tavoli istituzionali. Fermo restando la competenza istituzionale del ministero della salute per quanto i LEA, si deve prevedere la istituzione di un tavolo, presso la</p> |

| | |
|--|---|
| <p>2. Il Comitato , che si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, opera sulla base delle informazioni desumibili dal sistema di monitoraggio e garanzia di cui al decreto ministeriale 12 dicembre 2001 nonché dei flussi informativi afferenti al Nuovo Sistema Informativo Sanitario.</p> <p>3. Il Comitato è composto da quattro rappresentanti del Ministero della salute, di cui uno con funzioni di coordinatore, due rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze e da sei rappresentanti delle Regioni designati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome.</p> | <p>Segreteria della Conferenza Stato Regioni, permanente di monitoraggio per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza dell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità fra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione</p> <p>2. Il tavolo si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ed opera sulla base delle informazioni desumibili dai flussi informativi afferenti al Nuovo Sistema Informativo Sanitario</p> <p>3. al tavolo deve essere garantita la presenza paritetica dei rappresentanti dei ministeri e delle regioni, designati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome</p> |
| <p>Art. 10 (edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico)</p> | |
| <p>. Ai fini dell'applicazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 188 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, si conviene che- per le regioni che alla data del 1° gennaio 2005 abbiano ancora in corso di completamento il proprio programma di investimenti in attuazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, sia fissata al 20% la quota minima delle risorse residue da destinare al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.</p> <p>2. Le risorse residue di cui al comma 1 sono quelle risultanti dalla differenza tra le risorse complessivamente assegnate e le risorse già finalizzate a specifici interventi a seguito dell'avvenuta emanazione, al momento dell'entrata</p> | <p>1. Ai fini dell'applicazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 188 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, si conviene che- per le regioni che alla data del 1° gennaio 2005 abbiano ancora in corso di completamento il proprio programma di investimenti in attuazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, sia fissata <i>al 15% la</i> 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</p> <p>2. Le risorse residue di cui al comma 1 sono quelle risultanti dalla differenza tra le risorse complessivamente assegnate e le risorse</p> |

| | |
|---|--|
| <p>in vigore della legge 30 dicembre 2004, n. 311, del decreto dirigenziale del Ministero della salute di ammissione al finanziamento .</p> | <p>gia finalizzate con specifici atti regionali di programmazione nei quali sono individuati gli interventi da realizzare, i finanziamenti destinati alla realizzazione dei singoli interventi previsti e gli enti attuatori assegnatari dei finanziamenti e preposti al realizzazione degli interventi.</p> |
| <p>Art. 11 (dispositivi medici)</p> | |
| <p>1. Al fine di promuovere qualità ed efficienza nell'utilizzo dei dispositivi medici, si conviene sulla necessità di uno sviluppo dall'attività della Commissione unica sui dispositivi medici istituita dall'articolo 57 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per lo svolgimento di funzioni consultive sulle problematiche concernenti tali dispositivi medici, in particolare per la espressione di pareri sulle sperimentazioni cliniche dei dispositivi medici, la elaborazione di linee-guida per la conduzione e valutazione dei protocolli di sperimentazione clinica e dei relativi, sul profilo beneficio /rischio, beneficio/costo e costo/qualità di nuovi dispositivi ad elevata tecnologia, sulla segnalazione di incidenti correlati all'uso di dispositivi medici, proponendo interventi per la gestione del rischio relativo agli incidenti e interventi di vigilanza attiva.</p> | <p>1. Al fine di promuovere qualità ed efficienza nell'utilizzo dei dispositivi medici, si conviene sulla necessità di uno sviluppo dall'attività della Commissione unica sui dispositivi medici istituita dall'articolo 57 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per lo svolgimento di funzioni consultive sulle problematiche concernenti tali dispositivi medici.</p> |
| <p>Art. 12 (tavolo di verifica degli adempimenti)</p> | |
| <p>1. Ai fini della verifica degli adempimenti per le finalità di quanto disposto dall'articolo 1, comma 184, lettera c) della legge 30 dicembre 2004, n.311, è istituito presso il</p> | <p>1. Ai fini della verifica degli adempimenti per le finalità di quanto disposto dall'articolo 1, comma 184, lettera c) della legge 30 dicembre 2004, n.311, è istituito presso il Ministero dell'economia</p> |

Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, coordinato da un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze e composto da rappresentanti:

- del Dipartimento degli Affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- del Ministero della salute;
- delle regioni capofila delle Aree sanità e Affari finanziari, nell'ambito della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province autonome;
- dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali;
- della Segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano;
- della Segreteria della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome.

2. Il Tavolo tecnico di cui al comma 1 richiede alle singole regioni la documentazione necessaria alla verifica degli adempimenti.

Il Tavolo procede ad un primo esame della documentazione, informando le regioni – prima della convocazione - sui punti di criticità riscontrati, affinché esse possano presentarsi con le eventuali integrazioni, atte a superare le criticità individuate.

Il coordinatore del Tavolo tecnico dispone che di tutte le sedute sia redatto verbale. Il verbale, che da conto dei lavori e delle posizioni espresse dai partecipanti, è trasmesso ai componenti del Tavolo e alla regione interessata.

3. Il Tavolo tecnico:

e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, coordinato da un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze e composto da rappresentanti:

- Uno del Dipartimento degli Affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- Uno del Ministero della salute;
- tre *Regioni* nell'ambito della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province autonome garantendo la presenza delle Regioni capofila delle Aree sanità e Affari finanziari,;
- uno dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali;
- uno della Segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano;
- uno della Segreteria della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome.

2. Il Tavolo tecnico di cui al comma 1 richiede alle singole regioni la documentazione necessaria alla verifica degli adempimenti.

Il Tavolo procede ad un primo esame della documentazione, informando le regioni – prima della convocazione - sui punti di criticità riscontrati, affinché esse possano presentarsi con le eventuali integrazioni, atte a superare le criticità individuate.

Il coordinatore del Tavolo tecnico dispone che di tutte le sedute sia redatto verbale. Il verbale, che da conto dei lavori e delle posizioni espresse dai partecipanti, è trasmesso ai componenti del Tavolo e alla regione interessata. In caso di posizioni discordanti registrate nel verbale e su richiesta esplicita di una delle parti (regioni o ministeri), la problematica viene sottoposta

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Entro il 30 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, fornisce alle regioni le indicazioni relative alla documentazione necessaria per la verifica degli adempimenti, che le stesse devono produrre entro il successivo 30 maggio; • Effettua una valutazione del risultato di gestione, a partire dalle risultanze contabili al quarto trimestre ed esprime il proprio parere entro il 30 luglio dell'anno successivo a quello di riferimento; - si avvale delle risultanze del Comitato di cui all'articolo 9 della presente intesa, per gli aspetti relativi agli adempimenti riportati nell'Allegato 1, al Punto 2- lettere c), e), f), g), h), m), p),q) e agli adempimenti derivanti dagli articoli 3 e 4 della presente intesa ; • Riferisce sull'esito delle verifiche al Tavolo politico, che esprime il suo parere entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento. <p>4. Il Tavolo politico è composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per il Governo dal Ministro dell'economia e delle finanze o suo delegato, dal Ministro della salute o suo delegato e dal Ministro per gli Affari regionali o suo delegato; • Per le Regioni, da una delegazione politica della Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome, guidata dal Presidente o suo delegato. <p>5. Il Ministero dell'economia e delle finanze, successivamente alla presa d'atto del predetto Tavolo politico in ordine agli esiti delle verifiche sugli adempimenti in questione provvede entro il 15 ottobre dell'anno successivo a quello di riferimento per le regioni adempienti ad erogare il saldo, e provvede al recupero dell'importo dell'incremento nei confronti delle regioni</p> | <p>alla valutazione del tavolo politico per gli opportuni indirizzi</p> <p>3. Il Tavolo tecnico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entro il 30 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, fornisce alle regioni le indicazioni relative alla documentazione necessaria per la verifica degli adempimenti, che le stesse devono produrre entro il successivo 30 maggio; • Effettua una valutazione del risultato di gestione, a partire dalle risultanze contabili al quarto trimestre ed esprime il proprio parere entro il 30 luglio dell'anno successivo a quello di riferimento; - si avvale delle risultanze del Comitato di cui all'articolo 9 della presente intesa, per gli aspetti relativi agli adempimenti riportati nell'Allegato 1, al Punto 2- lettere c), e), f), g), h), m), p),q) e agli adempimenti derivanti dagli articoli 3 e 4 della presente intesa ; • Riferisce sull'esito delle verifiche al Tavolo politico, che esprime il suo parere entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento. <p>4. Il Tavolo politico è composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per il Governo dal Ministro dell'economia e delle finanze o suo delegato, dal Ministro della salute o suo delegato e dal Ministro per gli Affari regionali o suo delegato; • Per le Regioni, da una delegazione politica della Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome, guidata dal Presidente o suo delegato. |
|--|---|

| | |
|--|--|
| <p>inadempienti.</p> | <p>5. Il Ministero dell'economia e delle finanze, successivamente alla presa d'atto del predetto Tavolo politico in ordine agli esiti delle verifiche sugli adempimenti in questione provvede entro il 15 ottobre dell'anno successivo a quello di riferimento per le regioni adempienti ad erogare il saldo</p> |
| <p>Art. 13 (recepimento dell'intesa da parte delle regioni e province autonome)</p> | |
| <p>1. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a recepire con proprio provvedimento formale la presente intesa entro 30 giorni dalla data di stipula della stessa, salve le diverse scadenze indicate dagli articoli precedenti o dalla normativa vigente relativamente agli adempimenti specifici, e a darne comunicazione al Ministero della salute ed al Ministero dell'Economia e finanze, anche ai fini di quanto disposto dall'articolo 1, comma 184, lettere a) e b) della legge 30 dicembre 2004, n.311.</p> <p>2. Fermo restando quanto previsto dalle norme vigenti che regolano il concorso delle Regioni a statuto speciale al finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale, i contenuti della presente intesa si applicano alla Regioni a statuto speciale e alle Province Autonome compatibilmente con gli statuti di autonomia e le relative norme di attuazione.</p> | <p>1. sopprimere</p> <p>2. Fermo restando quanto previsto dalle norme vigenti che regolano il concorso delle Regioni a statuto speciale al finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale, i contenuti della presente intesa si applicano alla Regioni a statuto speciale e alle Province Autonome compatibilmente con gli statuti di autonomia e le relative norme di attuazione</p> |

| ALLEGATO 1 | ALLEGATO 1 |
|--|--|
| <p>1.In riferimento a quanto previsto dall'articolo 1 della presente Intesa, si riportano di seguito 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 dalla presente Intesa.</p> <p>2.E' previsto che le Regioni siano tenute ad ottemperare ai seguenti adempimenti, e in particolare a:</p> <p>a) mantenere la stabilità e l'equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale, tramite:</p> <p>- misure di contenimento della spesa (strumenti di controllo</p> | <p>1.In riferimento a quanto previsto dall'articolo 1 della presente Intesa, si riportano di seguito 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.</p> <p>2.OK A) OK</p> |

| | |
|---|---|
| <p>della domanda, riduzione della spesa sanitaria o in altri settori, applicazione di strumenti fiscali (</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>; <p>b) 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;</p> <p>c) adempiere:</p> <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 18 giugno 2004</i>; - agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel decreto ministeriale 12 dicembre 2001; <p>d) adeguarsi alle prescrizioni del patto di stabilità interno (<i>articolo 1 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405</i>);</p> <p>e) mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei L.E.A., (<i>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</i>);</p> <p>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 (<i>articolo 3, comma 4, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405</i>), così</p> | <p>B) OK</p> <p>C) OK</p> <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 18 giugno 2004</i>; <p>D) OK</p> <p>E) OK</p> <p>F) OK</p> |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>come integrato da quanto convenuto all'articolo 4, comma 1 , lettera a) della presente intesa;</p> <p>g) 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, (<i>articolo 52, comma 4, lettera b), della legge 27 dicembre 2002, n.289</i>);</p> <p>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 inoltrare da inviare al Parlamento, circa l'attuazione dei presenti adempimenti e dei risultati raggiunti (<i>articolo 52, comma 4, lettera c), della legge 27 dicembre 2002, n. 289</i>);</p> <p>i) adottare i provvedimenti diretti a prevedere, ai sensi dell'articolo 3, comma 2, lettera c), del decreto-legge 18</p> | <p>G) OK</p> <p>H) OK</p> <p>I) OK</p> |
|--|--|

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*);

j) 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 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;

k) 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

J) 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 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

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*);

l) ripianare il 40 per cento del proprio superamento del tetto per la spesa farmaceutica, attraverso l'adozione di specifiche misure in materia di farmaceutica, di cui all'articolo 4, comma 3, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, (*articolo 48, comma 5, lettera f) del decreto legge 30 settembre 2003 n.269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326*);

m) prevedere che i medici abilitati alle funzioni prescrittive conformino le proprie autonome decisioni tecniche ai percorsi diagnostici e terapeutici, di cui all'articolo 1, comma 28 della legge 23 dicembre 1996, n.662; gli indirizzi per l'uniforme applicazione dei percorsi stessi in ambito locale e le misure da adottare in caso di mancato rispetto, ivi comprese le sanzioni a carico del sanitario che si discosti dal percorso diagnostico senza giustificati motivi, sono stabiliti su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-

K) OK

L) ripianare il 40 per cento del proprio superamento del tetto per la spesa farmaceutica, **da calcolarsi secondo modalità oggetto di un successivo accordo in sede di Conferenza Stato Regioni**, attraverso l'adozione di specifiche misure in materia di farmaceutica, di cui all'articolo 4, comma 3, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, (*articolo 48, comma 5, lettera f) del decreto legge 30 settembre 2003 n.269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326*)

m) **sopprimere**

Regioni;

n) adottare le disposizioni necessarie per garantire, in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico finanziario delle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari, e Istituti di ricovero 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, come disposto dal successivo comma 174 e, ove necessario, per quanto disposto dal comma 180 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (*articolo 1, comma 174 della legge 30 dicembre 2004, n. 311*);

o) ricondurre in equilibrio la gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio attraverso l'individuazione delle tipologie degli eventuali provvedimenti di riequilibrio da adottarsi come previsto dalla lettera f) del comma 173 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dal successivo comma 174 del medesimo articolo 1 (*articolo 1, comma 173 lettera f) della legge 30 dicembre 2004, n. 311*);

p) provvedere a disciplinare appositi meccanismi di raccordo tra le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, attribuendo a questi ultimi il compito di segnalare tempestivamente alle strutture competenti a livello regionale le situazioni di inefficienza gestionale e organizzativa che costituiscono violazione degli obiettivi di contenimento della dinamica dei costi di cui ai commi da 164 a 187 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (*Articolo 1, comma 179 della legge 30 dicembre 2004, n. 311*);

n) sopprimere

o) sopprimere

p) sopprimere

questa patologia è in larga misura prevenibile, ed è quindi obiettivo di tutti i paesi avanzati attivare riforme strutturali tali da consentire che questa prevenzione abbia luogo (*).

Anche in Italia la Legge finanziaria 2005 ha previsto queste modifiche strutturali inserendo i piani nazionali della prevenzione e dell'educazione tra gli obiettivi che le Regioni devono conseguire al fine di ottenere il conguaglio del 5% del Fondo Sanitario Nazionale, previsto appunto su obiettivi. Peraltro anche le Regioni condividono questo obiettivo giacchè nell'accordo di Cernobbio del 6/4/2004 la prevenzione organizzata e coordinata a livello nazionale con una condivisione tra Stato e Regioni è stato uno degli obiettivi sottoscritti. La prevenzione in Italia è stata effettuata da diversi anni ma è stata realizzata più o meno bene a seconda della Regione considerata. Così oggi rileviamo che in alcune regioni la prevenzione è stata largamente efficace, mentre in altre essa efficace non è stata, cosicchè ad esempio mediamente in Italia solo poco più della metà dei soggetti aventi titolo si sottopone agli screening per la diagnosi precoce dei tumori del seno e dell'utero. Quello che serve è quindi un coordinamento centrale che permetta di conseguire in tutto il paese uniformemente obiettivi di salute, tali da garantire che tutti i cittadini aventi titolo possano accedere ai servizi di diagnosi precoce e di prevenzione e quindi ottenere uniformemente un risparmio di vite umane e di patologia, che oggi non è stata ancora conseguita, malgrado di prevenzione si parli da oltre 25 anni. Sul piano nazionale della prevenzione che parte nel 2005 si concentrano inoltre risorse mai considerate precedentemente in parte derivabili dalle maggiori risorse che la legge finanziaria ha previsto per il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare sia per la quota indistinta che per la quota vincolata agli obiettivi prioritari del piano sanitario nazionale.

(*) Nota. Con la comunicazione COM/99/0347 "Una strategia concertata per modernizzare la protezione sociale" la Commissione Europea ha individuato nel 1999 alcuni obiettivi fondamentali tra i quali quello della prevenzione, (promuovendo misure attive e non passive) e quello di una rete di sicurezza sociale, suggerendo agli Stati Membri lo scambio delle esperienze e la valutazione periodica e sistematica delle politiche attuate. Questi suggerimenti sono stati recepiti nel 2000 dal Consiglio straordinario

loro complicanze fa sì che il peso finanziario di queste patologie che si scarica sul Servizio Sanitario Nazionale nell'arco di un decennio diverrà insostenibile. Le patologie croniche sono in larga misura prevenibile, questo giustifica la necessità di definire un piano nazionale della prevenzione. tutti i paesi avanzati, proprio in considerazione dei costi legati alle malattie cronico-degenerative si stanno attivando per attuare riforme strutturali, sanitarie e di welfare, tali da consentire che questa prevenzione abbia luogo (*).

La Legge finanziaria 2005 ha previsto tra gli obiettivi che le Regioni devono conseguire al fine di ottenere il conguaglio del 5% del Fondo Sanitario Nazionale, l'attivazione del Piano Nazionale della Prevenzione e del Piano nazionale della formazione. L'importanza di attivare un piano per la prevenzione era già stata condivisa dalle Regioni che avevano sottoscritto l'accordo di Cernobbio del 6/4/2004 sulle priorità in sanità, tra queste la prevenzione. Gli interventi di prevenzione sia primaria che secondaria che gli interventi di educazione e promozione della salute in Italia sono effettuati da diversi anni ma le modalità di attivazione di tali interventi, anche di quelli la cui efficacia è documentata scientificamente, è stata realizzata in modo molto difforme dalle singole Regioni. Inoltre alcuni mutamenti normativi e l'evoluzione tecnico-scientifica, con particolare riguardo all'affermarsi della metodologia di Evidence Based Prevention, hanno delineato una diversa evoluzione, anche di tipo organizzativo, dei Servizi di Prevenzione. Così oggi rileviamo che in Italia solo poco più della metà dei soggetti nelle fasce di età a rischio si sottopone agli screening per la diagnosi precoce dei tumori del seno e dell'utero. Quello che

dei Capi di Stato e di Governo a Lisbona, che hanno indicato tra gli obiettivi dell'Europa un migliore sistema di welfare come fattore di sviluppo e di coesione sociale in un contesto di crescente competitività internazionale.

Un piano nazionale della prevenzione va disegnato in maniera tale da essere fattibile, e questo esige una gradualità degli interventi che porti a regime l'intero piano nel giro di 3-5 anni con un cronoprogramma ben dettagliato. Proprio per questo motivo il presente Piano considera considerare alcuni passaggi prioritari per il triennio 2005-2007.

Gli ambiti del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

2. Gli ambiti di cui discutiamo sono 1) la prevenzione della patologia cardiovascolare, comprensiva della prevenzione delle complicanze del diabete; 2) la diagnosi precoce dei tumori, 3) la prevenzione degli incidenti domestici, 4) il piano nazionale delle vaccinazioni. Di ognuno di questi temi si tratterà in dettaglio con una scheda. In ogni ambito inoltre si distinguerà quanto attiene alla prevenzione primaria, e quindi ad evitare che insorga la patologia in questione, da quello che riguarda la prevenzione secondaria, ossia la prevenzione dei danni delle complicanze, ritardandone o addirittura evitandone l'insorgenza.

2.1.) La prevenzione cardiovascolare.

Per iniziare il programma di prevenzione cardiovascolare sono da considerarsi quattro distinte iniziative:

- 1) la diffusione della carta del rischio a gruppi di soggetti;
- 2) la prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile e nel bambino;
- 3) la prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino, aumentando la *compliance* del paziente;

serve è, quindi, un coordinamento che permetta di conseguire in tutto il paese uniformemente obiettivi di salute, tali da garantire che tutti i cittadini aventi titolo possano accedere ai servizi di diagnosi precoce e di prevenzione e quindi ottenere un risparmio di vite umane e una riduzione delle patologie. Pur nel rispetto delle peculiarità regionali vi è comunque l'esigenza che le diverse esperienze e scelte organizzative abbiano un momento di confronto e coordinamento ed anche siano condivise, relativamente ai principali interventi e strategie preventive, fermo restando la responsabilità da parte delle Regioni di procedere, nell'ambito della propria autonomia organizzativa a prevedere specifici progetti sulla base delle conoscenze epidemiologiche caratterizzanti le diverse realtà regionali

Sul piano nazionale della prevenzione si concentrano inoltre risorse mai considerate precedentemente derivabili dalla quota vincolata agli obiettivi prioritari del piano sanitario nazionale e da altre risorse individuate dal Governo per interventi specifici, quali quelle individuate dalla legge 138 del 2004.

(*) Nota. Con la comunicazione COM/99/0347 "Una strategia concertata per modernizzare la protezione sociale" la Commissione Europea ha individuato nel 1999 alcuni obiettivi fondamentali tra i quali quello della prevenzione, (promuovendo misure attive e non passive) e quello di una rete di sicurezza sociale, suggerendo agli Stati Membri lo scambio delle esperienze e la valutazione periodica e sistematica delle politiche attuate. Questi suggerimenti sono stati recepiti nel 2000 dal Consiglio straordinario dei Capi di Stato e di Governo a Lisbona, che hanno indicato tra gli obiettivi dell'Europa un migliore sistema di welfare come fattore di sviluppo e di coesione sociale

4) la prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari, cosicché questi non si ripetano.

2.1.1 Si condivide quale strumento estremamente valido per la definizione del rischio cardiovascolare, la cosiddetta carta del rischio, in quanto consente di offrire al soggetto in esame la conoscenza delle probabilità di andare incontro, nei successivi dieci anni, a un incidente cardiovascolare in base ai fattori di rischio che caratterizzano la sua vita. La consapevolezza acquisita del possibile aumento del rischio in misura considerevole induce il soggetto in esame a chiedere consiglio al medico su come modificare i propri stili di vita così da abbassare il rischio, è questa è un'occasione estremamente favorevole per consigliare al soggetto in esame su come comportarsi e tutelare meglio la propria salute.

L'Istituto Superiore di Sanità ha definito i fattori di rischio e il peso di ognuno di essi costruendo la carta del rischio in base all'esame di una coorte italiana, evitando quindi di dover importare dall'estero e tipicamente dallo *studio Framingham* questi elementi che a volte non si adattano bene alla nostra gente. I fattori di rischio considerati dalla carta sono sei (età, fumo di tabacco, colesterolemia totale e livello di HDL colesterolo, i valori di pressione arteriosa sistolica, l'iperglicemia) e considerano separatamente uomini e donne, soggetti diabetici e non diabetici.

Si può così sottolineare ad esempio al soggetto in esame come continuando a fumare e ad alimentarsi eccessivamente senza un adeguato movimento fisico il rischio aumenti in maniera tale da ridurre consistentemente le possibilità di salute nel giro del decennio mentre, modificando questi fattori di rischio, si può riportare il soggetto a un rischio "normale" e quindi evitargli di perdere la vita e la salute.

Per essere efficace la carta va applicata abilmente da parte dei medici a gruppi di soggetti: è stato individuato il gruppo dei donatori di sangue, che sfuggono spesso al controllo dei medici in quanto ritenuti sani, i gruppi aziendali, che potrebbero essere sostenuti dalle aziende stesse come beneficio di protezione della salute dei propri dipendenti, i medici di famiglia per quanto riguarda i soggetti loro afferenti, le caserme e altri

in un contesto di crescente competitività internazionale.

Perché si possano valutare gli effetti di un piano di prevenzione è necessario che lo stesso abbia un respiro almeno triennale, per permettere la messa a regime degli interventi. Per questo il piano nazionale della prevenzione va disegnato, per essere fattibile, prevedendo accanto agli obiettivi triennali una gradualità degli interventi che porti a regime l'intero piano nel periodo considerato e che individui le priorità rispetto ai diversi campi di azione.

Gli ambiti del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Gli ambiti del piano nazionale di prevenzione per il triennio 2005-2007 sono, quelli già previsti nell'accordo di Cernobbio, la prevenzione della patologia cardiovascolare, e la prevenzione delle complicanze del diabete; la diagnosi precoce dei tumori, le vaccinazioni, ai quali va aggiunta la prevenzione degli incidenti ivi compresi gli incidenti domestici per l'impatto in termini di anni di vita persi e di invalidità. Di ognuno di questi temi si delineano le linee strategiche e gli obiettivi attesi rimandando l'elaborazione delle schede attuative al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie

2.1.) La prevenzione cardiovascolare.

Per iniziare il programma di prevenzione cardiovascolare sono da considerarsi quattro distinte iniziative:

gruppi di aggregazione dove medici preparati possano rilevare questi fattori di rischio con periodicità di sei mesi circa in modo da verificare anche se il *counselling* che viene da loro proposto risulta efficace e se quindi lo strumento risulta idoneo a ridurre la insorgenza della patologia e delle sue complicanze.

A questo fine è necessario organizzare anche dei corsi ai medici che si impegnano in questa attività, in modo tale che non solo sappiano applicare la carta del rischio ma sappiano anche effettuare il *counselling* necessario a renderla efficace.

E' infine necessario attivare un sistema di registrazione dei dati, per studi epidemiologici e per ragioni scientifiche.

Vi è quindi la necessità di un ulteriore intervento, che riguarda la *base dati* per raccogliere le informazioni laddove si generano e per creare *patient files* che consentano il *feed back* ovvero il ritorno sia ai medici, sia alla autorità sanitaria, sia ai soggetti interessati.

Come per tutte le altre attività in fase di avvio la formula da adottarsi è quella di cominciare con gruppi di soggetti e di medici che hanno interesse scientifico e assistenziale più forte di altri a realizzare questa iniziativa e definire anche delle aree sperimentali in diverse regioni con una regione capofila che organizza il programma e che ripartisce le risorse ai partecipanti.

Va inoltre attivato uno studio osservazionale promosso dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per valutare in una coorte ampia di pazienti esposti al trattamento con statine, l'applicazione e la trasferibilità delle carte del rischio associate a misure di esito (*outcome research*).

2.1.2 La prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile agevole fortemente la prevenzione del diabete di tipo II per la stessa donna, ma anche la prevenzione dello sviluppo del diabete nell'eventuale nuovo nato. E' quindi giustificato un intervento preventivo che si basa su semplici elementi di prevenzione : 1. lo screening sistematico da parte del medico di famiglia, ma anche dalla donna su se stessa con indicatori di obesità,

- 1) la diffusione della carta del rischio a gruppi di soggetti;
- 2) la prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile e nel bambino;
- 3) la prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino , aumentando la *compliance* del paziente;
- 4) la prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari, cosicchè questi non si ripetano.

2.1.1 quale strumento estremamente valido per la definizione del rischio cardiovascolare, si propone l'utilizzo della cosiddetta carta del rischio, in quanto consente di offrire al soggetto in esame la conoscenza delle probabilità di andare incontro, nei successivi dieci anni, a un incidente cardiovascolare in base ai fattori di rischio che caratterizzano la sua vita. La consapevolezza acquisita del possibile aumento del rischio in misura considerevole induce il soggetto in esame a chiedere consiglio al medico su come modificare i propri stili di vita così da abbassare il rischio, è questa è un'occasione estremamente favorevole per consigliare al soggetto in esame su come comportarsi e tutelare meglio la propria salute.

L'Istituto Superiore di Sanità ha definito i fattori di rischio e il peso di ognuno di essi costruendo la carta del rischio in base all'esame di una coorte italiana, evitando quindi di dover importare dall'estero e tipicamente dallo *studio Framingham* questi elementi che a volte non si adattano bene alla nostra gente. I fattori di rischio considerati dalla carta sono sei (età, fumo di tabacco, colesterolemia totale e livello di HDL colesterolo, i valori di pressione arteriosa sistolica, l'iperglicemia) e considerano separatamente uomini e

ricordando che per un test di semplice adozione si può fare ricorso a misure fortemente indicative quali quelle dell'Indice di Massa Corporea (BMI) e la circonferenza addominale; 2. la positività a queste misure viene registrata dal medico che effettua un *counselling* ed avvia la donna ad un programma di correzione del rischio basato su dieta ed attività fisica ; 3. il *follow up* con controlli semestrali permette la valutazione dell'impatto del programma.

Questo approccio potrà permettere un'ampia attività di prevenzione , ma soprattutto consentirà di mirare l'intervento preventivo alle persone realmente a rischio.

2.1.3 Per quanto riguarda la prevenzione del diabete di tipo II e delle sue complicanze si tratta di un'iniziativa che è perseguita già in altri stati e tipicamente negli Stati Uniti dalla *Kaiser Permanente* in California. Si tratta innanzitutto di censire la popolazione affetta da diabete di tipo II che in grande misura è inconsapevole di avere questa patologia.

Spesso il diabete di tipo II si associa all'obesità in una sindrome chiamata *Diabesity* e quindi è soprattutto a questo tipo di popolazione che si rivolge l'attenzione degli epidemiologi. Il censimento periodico della popolazione consente anche di monitorare la crescita dell'incidenza di questa patologia, che sta crescendo in misura sostenuta in tutti i paesi. Una volta censita la popolazione è necessario raggiungerla con un programma di prevenzione attiva delle complicanze. Sappiamo infatti che questi pazienti inizialmente collaborano attivamente con il medico per eseguire le indagini diagnostiche e la terapia appropriata, ma poi con l'andare del tempo molti di essi si stancano e la *compliance* alle indagini e alla terapia cala in maniera pericolosa.

Per aumentare la *compliance* è necessario che una base dati informatica, gestita da un coordinatore di ASL, consenta di sollecitare l'attenzione dei pazienti e quella dei loro medici dando al *patient files* quella funzione di sostegno del medico che gli permetta di tenere sotto controllo il gruppo di pazienti ad esso affidati in maniera tale da coinvolgerli attivamente nel programma terapeutico. E' di fatto il paziente il miglior medico di se stesso, ed al paziente si rivolge anche la sollecitazione che tramite la base dati può essere fornita.

donne, soggetti diabetici e non diabetici .

Il Centro nazionale per la prevenzione e la sorveglianza delle malattie individuerà le linee operative per l'applicazione della carta che potrà prevedere, in fase di avvio, anche l'individuazione di eventuali gruppi target specifici. Sarà necessario prevedere anche una formazione specifica e l'attivazione di un sistema di registrazione dei dati, per la valutazione di efficacia e per studi epidemiologici. In fase di elaborazione delle schede attuative saranno anche individuate le modalità per dare avvio al programma nelle singole realtà regionali.

2.1.2 La prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile agevola fortemente la prevenzione del diabete di tipo II per la stessa donna, ma anche la prevenzione dello sviluppo del diabete nell'eventuale nuovo nato. E' quindi giustificato un intervento preventivo che si basa su semplici elementi di prevenzione: lo screening sistematico da parte del

Anche qui notoriamente la comunicazione medico-paziente e istituzione-paziente è fondamentale, così com'è fondamentale che ci sia un Centro anti-diabetico di riferimento nell'ambito del distretto che cura l'impostazione della base dati, la fornitura di linee guida e la preparazione dei pazienti e dei medici.

Per mantenere alta l'efficacia del programma anche qui sarà identificata una regione capofila e delle aree sperimentali in cui attivare questo programma, con la gestione dei rispettivi finanziamenti.

Va ricordato infine che il diabete dei bambini sta diventando un problema anche in Italia e quindi il programma si deve estendere anche ai bambini e in particolare ai bambini obesi. Come si può notare questo programma si integra facilmente con il primo, perchè il diabete è uno dei fattori di rischio inclusi nella carta del rischio.

2.1.4 Il quarto oggetto della prevenzione cardiovascolare riguarda le recidive di coloro che hanno già avuto un primo accidente, sia a livello cardiaco sia a livello cerebrale. In questi casi le società scientifiche raccomandano un trattamento adeguato che consente di ritardare o prevenire l'occorrenza di un secondo incidente. Anche in questo caso è necessario censire i pazienti e mantenere uno stato di intensa e attiva comunicazione con loro al fine di assicurarsi che la terapia e le indagini diagnostiche del caso vengano regolarmente effettuati e registrati.

2.2.) Screening dei tumori.

Gli screening dei tumori validati sono oggetto di raccomandazione Europea e sono tre:

- 1) screening del tumore del seno;
- 2) screening del cancro della cervice uterina;
- 3) screening del cancro del colon retto.

Per ognuno di questi screening è necessario avere un censimento degli aventi titolo e quindi effettuare gli screening su popolazioni di soggetti presunti sani che appartengono a certe categorie.

medico di famiglia, ma anche dalla donna su se stessa con indicatori di obesità, ricordando che per un test di semplice adozione si può fare ricorso a misure fortemente indicative quali quelle dell'Indice di Massa Corporea (BMI) e la circonferenza addominale.

Questo approccio potrà permettere un'ampia attività di prevenzione, ma soprattutto consentirà di mirare l'intervento preventivo alle persone realmente a rischio.

2.1.3 Per quanto riguarda la prevenzione del diabete di tipo II e delle sue complicanze si tratta di un'iniziativa che è perseguita già in altri stati e tipicamente negli Stati Uniti dalla *Kaiser Permanente* in California. Si tratta innanzitutto di censire la popolazione affetta da diabete di tipo II che in grande misura è inconsapevole di avere questa patologia.

Spesso il diabete di tipo II si associa all'obesità in una sindrome chiamata *Diabesity* e quindi è soprattutto a questo tipo di popolazione che si deve rivolgere l'attenzione. Il censimento periodico della popolazione consente anche di monitorare la crescita dell'incidenza di questa patologia, e di attivare dei programmi di prevenzione delle complicanze.

Sappiamo infatti che questi pazienti inizialmente collaborano attivamente con il medico, ma poi con l'andare del tempo la *compliance* alle indagini e alla terapia cala in maniera pericolosa.

E' necessario pertanto organizzare un registro di Azienda Sanitaria Locale o di distretto che permetta di identificare questi soggetti aventi titolo e di sollecitarli in maniera tale che partecipino ai programmi di prevenzione.

In questo caso la figura del medico di famiglia diventa estremamente importante, in quanto il medico di famiglia può sollecitare l'attenzione di queste persone e effettuare un adeguato *counselling*; questo non significa che il coordinamento di distretto non sia importante, così com'è importante la base dati e com'è importante il registro tumori della Regione che purtroppo ancora non esiste in tutte le regioni italiane e che va istituito con massima priorità. Infatti è valutando l'incidenza dei tumori che si può valutare alla fine l'efficacia delle campagne di screening.

Fondamentale terzo elemento, perchè la campagna di screening risulti efficace, è definire il percorso dei soggetti positivi facendoli afferire ai Centri Regionali di Riferimento, dove è necessario attivare dei pacchetti unici di prestazioni sanitarie, tali da evitare perdite di tempo, e tracciare dei percorsi prioritari per questi pazienti, affinché risolvano il loro problema arrivando rapidamente ad una diagnosi certa, e attivando altresì un sostegno psicologico adeguato, in quanto la diagnosi può essere causa di grave stato di depressione e di ansia. Il trattamento dei positivi deve essere quindi improntato alla massima efficienza, e al frequente buon rapporto con il medico, onde evitare che lo screening sia causa a sua volta di malattia.

Un quarto punto importante è che una volta censiti i soggetti aventi titolo allo screening, questi screening vengano effettuati in Centri accreditati, che a loro volta devono sottoporsi a controlli esterni di qualità per le attrezzature e le procedure.

Un quinto punto riguarda la necessità di vincolare una quota delle risorse per spese di investimenti, anche in riferimento al programma ex articolo 20 della legge n.67/1988, per il potenziamento e l'adeguamento tecnologico dei presidi e servizi impegnati nelle attività di screening, con prioritario riferimento alle apparecchiature necessarie per lo screening mammografico .

E' compito della Regione disegnare questa rete dei Centri di screening e valutare la qualità e quantità del loro lavoro.

Infine la comunicazione istituzionale unica e centralizzata evita di

Importante è la funzione di sostegno del medico che gli permette di tenere sotto controllo il gruppo di pazienti e di coinvolgerli attivamente nel programma terapeutico.

Anche in questo caso la comunicazione medico-paziente e istituzione-paziente è fondamentale,. Le schede attuative individueranno le modalità per dare avvio al programma nelle singole realtà regionali. Va ricordato infine che il diabete dei bambini sta diventando un problema anche in Italia e quindi il programma si deve estendere anche ai bambini e in particolare ai bambini obesi. Come si può notare questo programma si integra facilmente con il primo, perchè il diabete è uno dei fattori di rischio inclusi nella carta del rischio.

2.1.4 Il quarto oggetto della prevenzione cardiovascolare riguarda le recidive di coloro che hanno già avuto un primo accidente, sia a livello cardiaco sia a livello cerebrale. In questi casi le società scientifiche raccomandano un trattamento adeguato che consente di ritardare o prevenire l'occorrenza di un secondo incidente.

2.2.) Screening dei tumori.

Gli screening dei tumori validati sono oggetto di raccomandazione Europea e sono tre:

- 4) screening del tumore del seno;
- 5) screening del cancro della cervice uterina;

disperdere risorse in inutili campagne e in inutili pubblicazioni, permette di rendere molto efficace questa comunicazione, onde raggiungere tutta la popolazione e appoggiare la campagna che la Regione effettua tramite i suoi medici e i suoi Centri di Riferimento.

2.3.) Prevenzione degli incidenti domestici sia nei bambini che negli anziani.

A livello dei bambini sappiamo che gli incidenti domestici sono una prevenibile causa di patologia e di morte molto significativa.

E' necessario quindi raggiungere i genitori con delle *schede* che permettano loro di capire come prevenire gli incidenti nei quali il bambino, a varie età, può incorrere e a questo fine è necessario la collaborazione dei pediatri e degli Ospedali pediatrici.

Anche in questo caso si tratterà di misurare gli incidenti al tempo zero e di attivare un monitoraggio tramite un osservatorio della ASL, cosicché si possa valutare l'efficacia delle campagne attivate tramite i pediatri sui genitori.

Anche la comunicazione istituzionale, ovviamente, avrà il suo ruolo e ancora una volta la comunicazione dovrà essere centralizzata onde evitare inutili dispersioni di risorse.

Per quanto riguarda gli anziani sappiamo che gli incidenti domestici sono cause prevenibili di disabilità e di mortalità molto rilevanti. Anche in questo caso, è necessario definire lo stato attuale delle cose e attivare un sistema di monitoraggio. Qui saranno i medici di medicina generale i primari attori di questa azione di *counselling*, anche perchè il rapporto degli anziani con i medici di medicina generale è molto stretto.

Anche in questo caso tuttavia, una comunicazione istituzionale condivisa tra lo Stato e le Regioni e centralizzata, consentirà di raggiungere tutta la popolazione in modo efficace senza dispersione di risorse.

2.4) Piano delle vaccinazioni.

Anche quello delle coperture vaccinali è un risultato largamente insoddisfacente in alcune regioni, in quanto la copertura vaccinale invece di

6) screening del cancro del colon retto.

Per ognuno di questi screening è necessario attivare programmi e coordinare le azioni in modo da sollecitare in modo attivo la popolazione alla partecipazione ai programmi di prevenzione.

Anche in questo caso la figura del medico di famiglia è molto importante, in quanto il medico di famiglia può sollecitare l'attenzione di queste persone e effettuare un adeguato *counselling*;

Fondamentale elemento, perchè la campagna di screening risulti efficace, è definire il percorso per i soggetti positivi in modo da evitare perdite di tempo, e tracciare dei percorsi prioritari per questi pazienti, affinché risolvano il loro problema arrivando rapidamente ad una diagnosi certa. Altro punto importante è che gli screening vengano effettuati in condizioni nelle quali sono garantite la qualità delle attrezzature e delle procedure.

E' compito della Regione disegnare questa rete dei Centri di screening e valutare la qualità e quantità del loro lavoro.

Infine la comunicazione istituzionale unica e centralizzata evita di disperdere risorse in inutili campagne e in inutili pubblicazioni, permette di rendere molto efficace questa comunicazione, onde raggiungere tutta la popolazione e appoggiare la campagna che la Regione effettua.

superare l'80%, come raccomandato, a stento raggiunge a volte il 50% e talora presenta valori anche inferiori. Si tratta in particolare delle vaccinazioni raccomandate per i bambini e in particolare la vaccinazione anti morbillosa, cosicchè ancora oggi in Italia il morbillo è una malattia che miete vittime e che comporta patologia.

Fermo restando l'iter di aggiornamento del Piano nazionale vaccini, richiamato dal DPCM 29 novembre 2001, e fermo restando i contenuti del Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita di cui all'accordo Stato Regioni del 13 novembre 2003, compresa la previsione di introdurre in ogni ASL anagrafi vaccinali informatizzate collegate con le anagrafi di popolazione, si conviene su quanto di seguito evidenziato.

Anche le vaccinazioni influenzali per i bambini con diabete e con malattie dell'albero respiratorio sono insoddisfacenti e quindi, vi è un'azione da fare estremamente incisiva se si vuole raggiungere le coperture vaccinali raccomandate dall'OMS. Si tratterà qui di agire attraverso i pediatri per raggiungere i genitori ma, anche di effettuare una campagna di comunicazione centralizzata tesa a sfatare le credenze che circondano le vaccinazioni e che addirittura vedono gruppi di genitori organizzati per contrastare i programmi di vaccinazione per i loro figli. Per quanto riguarda gli anziani le vaccinazioni più importanti sono quelle anti-influenzale e quella anti pneumococcica; anche qui vi è una forte azione da svolgere d'accordo con i medici di medicina generale e tramite la comunicazione di massa centralizzata, onde evitare che in Italia gran parte degli anziani non si vaccini contro l'influenza e vada incontro a pesanti patologie e mortalità durante l'inverno.

Il coordinamento del Piano

3. Al Centro Nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) tra i cui compiti istitutivi prioritari, di cui al DM 1° luglio 2004, è previsto il coordinamento con le Regioni dei piani di sorveglianza e di

2.3.) Prevenzione degli incidenti

prevenzione attiva, sono affidati i seguenti compiti, da attuarsi con le modalità operative e procedure individuate con l'anzidetto decreto:

1. tradurre le linee generali di intervento sopra richiamate in programmi specifici;
2. definizione di un cronoprogramma nazionale di sviluppo degli interventi previsti nei programmi specifici;
3. supporto alle singole regioni nella definizione dei programmi regionali attuativi;
4. la verifica del grado di realizzazione dei programmi nelle singole regioni, anche ai fini di verifica degli adempimenti previsti dall'articolo 1, comma 173, lettera d) della legge n. 311/2004;
5. dare diffusione delle iniziative e dei progetti di cui al presente Piano in modo univoco e unificato sul territorio nazionale, al fine di evitare iniziative che si sovrappongano e ulteriori risorse.

Finanziamento del Piano

4. Sul Piano Nazionale della Prevenzione che parte nel 2005, si concentrano risorse mai considerate precedentemente e che prevedono non solo un importo pari a 200 milioni di euro che le Regioni accettano di autovincolarsi sulla quota indistinta ripartita dal CIPE per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007, ma anche l'importo di 240 milioni di euro che le Regioni accettano di vincolare sulla quota del riparto CIPE destinata agli obiettivi specifici del Piano Sanitario Nazionale ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1992, n.662.

Le risorse così disponibili sono riportate nella seguente tabella :

TABELLA

Risorse che le Regioni vincolano alla realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione

Gli incidenti sono la prima causa di morte nei giovani. Nei giovani la maggiore causa di morte è legata agli incidenti stradali. Per quanto riguarda gli anziani sappiamo che gli incidenti domestici sono cause prevenibili di disabilità e di mortalità molto rilevanti come pure per i bambini.. La problematica degli incidenti domestici, che colpiscono alcune fasce di popolazione particolari, come bambini e anziani, assume un rilievo consistente in termini sia di morbosità che di mortalità . Benché tale fenomeno non sia completamente azzerabile, vi sono ampi margini per intervenire e prevenirne una buona parte . Una prima tipologia di interventi riguarda il censimento degli infortuni: molta parte degli interventi avviati in diverse Regioni hanno attinto ai dati del Pronto Soccorso, tuttavia ulteriori sforzi dovranno essere attuati per una maggior completezza ed approfondimento dei dati La comunicazione istituzionale, ovviamente, avrà il suo ruolo e ancora una volta la comunicazione dovrà essere centralizzata onde evitare inutili dispersioni di risorse.

2.4) Piano delle vaccinazioni.

Le coperture vaccinali raggiungono un risultato

| regioni | popolazione | Risorse da vincolare sulle risorse per gli obiettivi di PSN (importo in euro per ciascuno degli anni 2005,2006 e 2007) | Risorse da autovincolar e sulla quota indistinta della delibera CIPE (importo in euro per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007) | totale (importo in euro per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007) |
|----------------|-------------|--|--|--|
| PIEMONTE | 4.296.822 | 17.716.509 | 14.763.757 | 32.480.266 |
| VALLE D'AOSTA | 122.360 | 504.511 | 420.425 | 924.936 |
| LOMBARDIA | 9.318.038 | 38.419.811 | 32.016.514 | 70.436.325 |
| BOLZANO | 471.635 | 1.944.629 | 1.620.524 | 3.565.153 |
| TRENTO | 493.406 | 2.034.395 | 1.695.329 | 3.729.724 |
| VENETO | 4.671.372 | 19.260.840 | 16.050.700 | 35.311.540 |
| FRIULI | 1.202.070 | 4.956.334 | 4.130.278 | 9.086.612 |
| LIGURIA | 1.585.612 | 6.537.741 | 5.448.117 | 11.985.858 |
| EMILIA ROMAGNA | 4.107.144 | 16.934.435 | 14.112.029 | 31.046.464 |
| TOSCANA | 3.589.289 | 14.799.231 | 12.332.692 | 27.131.923 |
| UMBRIA | 854.174 | 3.521.901 | 2.934.917 | 6.456.818 |

insoddisfacente in alcune regioni, non raggiungendo i valori-soglia, specifici per ogni malattia, che ne garantirebbero l'eliminazione. Si tratta in particolare delle vaccinazioni raccomandate per i bambini e in particolare la vaccinazione anti morbillosa, cosicchè ancora oggi in Italia il morbillo è una malattia che miete vittime e che comporta patologia.

Fermo restando i contenuti del Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita di cui all'accordo Stato Regioni del 13 novembre 2003, e l'iter di aggiornamento del Piano nazionale vaccini, richiamato dal DPCM 29 novembre 2001, occorre richiamare l'importanza delle anagrafi vaccinali, così da poter valutare la necessità e gli effetti delle campagne vaccinali in atto e da implementare condividere criteri per la scelta dei nuovi vaccini fondati sull'EBP e su scelte che ne graduino la priorità; e definire l'offerta essenziale del calendario vaccinale e dei vaccini per le categorie particolari, lasciando alle Regione l'opzione l'introduzione di altri preparati in relazione a particolari condizioni epidemiologiche

Per quanto riguarda gli anziani le vaccinazioni più importanti sono quelle anti-influenzale e quella anti pneumococcica, benché per quanto riguarda quest'ultima le più recenti revisioni sistematiche ne mettano in discussione l'efficacia : si tratterà dunque di implementare nuove azioni che raccordino i dati epidemiologici con le strategie. Anche qui vi è una forte azione da svolgere d'accordo con i medici di medicina generale e tramite la comunicazione di massa centralizzata, onde evitare che in Italia gran parte degli anziani non si vaccini contro l'influenza e vada incontro a pesanti patologie e mortalità durante l'inverno.

| | | | | |
|------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| MARCHE | 1.511.774 | 6.233.295 | 5.194.412 | 11.427.707 |
| LAZIO | 5.261.241 | 21.692.966 | 18.077.471 | 39.770.437 |
| ABRUZZO | 1.290.620 | 5.321.438 | 4.434.532 | 9.755.970 |
| MOLISE | 322.218 | 1.328.558 | 1.107.132 | 2.435.690 |
| CAMPANIA | 5.790.193 | 23.873.922 | 19.894.935 | 43.768.857 |
| PUGLIA | 4.047.094 | 16.686.837 | 13.905.697 | 30.592.534 |
| BASILICATA | 598.163 | 2.466.323 | 2.055.269 | 4.521.592 |
| CALABRIA | 2.018.767 | 8.323.709 | 6.936.424 | 15.260.133 |
| SICILIA | 5.011.253 | 20.662.224 | 17.218.520 | 37.880.744 |
| SARDEGNA | 1.644.463 | 6.780.391 | 5.650.326 | 12.430.717 |
| | 58.207.704 | 240.000.000 | 200.000.000 | 440.000.000 |

Conclusioni

5. Lo Stato e le regioni hanno condiviso non solo la necessità di un piano nazionale della prevenzione, ma anche l'istituzione di un Centro Nazionale di Controllo e Prevenzione delle Malattie, ove lo Stato e le regioni condividono le scelte strategiche e le modalità operative per attuarle.

Se con questi strumenti nel giro di 3 anni si riuscirà ad arrestare la crescita dell'incidenza delle patologie più diffuse in modo da evitare che questa crescita risulti insostenibile finanziariamente per il Servizio Sanitario

Il coordinamento del Piano

3. Al Centro Nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM), tra i cui compiti istitutivi prioritari, di cui al DM 1° luglio 2004, è previsto il coordinamento con le Regioni dei piani di sorveglianza e di prevenzione attiva, sono affidati i seguenti compiti, da attuarsi con la partecipazione diretta dei propri comitati scientifico e tecnico per le specifiche competenze:

6. tradurre le linee generali di intervento sopra richiamate in linee operative, prevedendo con la partecipazione dei propri organi, che per i programmi non ancor validati scientificamente sul territorio nazionale, sia possibile attuare dei progetti pilota per verificarne l'impatto prima della messa a regime;
7. definizione di un cronoprogramma di sviluppo degli interventi previsti nei programmi specifici che individui le fasi di attuazione e le modalità di verifica dell'attuazione dei singoli programmi;
8. supporto alle singole regioni nella definizione dei programmi regionali attuativi;
9. dare diffusione delle iniziative e dei progetti di cui al presente Piano in modo univoco e unificato sul territorio nazionale, al fine di evitare iniziative che si sovrappongano e ulteriori risorse.

Nazionale, il primo obiettivo sarà raggiunto e i successivi affinamenti del piano negli anni successivi permetteranno di arrivare verosimilmente a migliorare lo stato di salute degli Italiani ovunque essi risiedano.

Finanziamento del Piano

4. Sul Piano Nazionale della Prevenzione, che parte nel 2005, si concentrano risorse mai considerate precedentemente e che prevedono l'importo di 240 milioni di euro che le Regioni accettano di vincolare sulla quota del riparto CIPE destinata agli obiettivi specifici del Piano Sanitario Nazionale ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1992, n.662. Tale quota corrisponde al 25% della quota delle risorse spettante a ciascuna regione per il raggiungimento degli obiettivi di piano. Le risorse così disponibili sono riportate nella seguente tabella :

TABELLA

Risorse che le Regioni vincolano alla realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione

| regioni | popolazione | Risorse da vincolare sulle risorse per gli obiettivi di PSN (importo in euro per ciascuno degli anni 2005,2006 e 2007) |
|---------------|-------------|--|
| PIEMONTE | 4.296.822 | 17.716.509 |
| VALLE D'AOSTA | 122.360 | 504.511 |
| LOMBARDIA | 9.318.038 | 38.419.811 |
| BOLZANO | 471.635 | 1.944.629 |
| TRENTO | 493.406 | 2.034.395 |
| VENETO | 4.671.372 | 19.260.840 |

| | | | |
|--|-------------------|-------------------|--------------------|
| | FRIULI | 1.202.070 | 4.956.334 |
| | LIGURIA | 1.585.612 | 6.537.741 |
| | EMILIA ROMAGNA | 4.107.144 | 16.934.435 |
| | TOSCANA | 3.589.289 | 14.799.231 |
| | UMBRIA | 854.174 | 3.521.901 |
| | MARCHE | 1.511.774 | 6.233.295 |
| | LAZIO | 5.261.241 | 21.692.966 |
| | ABRUZZO | 1.290.620 | 5.321.438 |
| | MOLISE | 322.218 | 1.328.558 |
| | CAMPANIA | 5.790.193 | 23.873.922 |
| | PUGLIA | 4.047.094 | 16.686.837 |
| | BASILICATA | 598.163 | 2.466.323 |
| | CALABRIA | 2.018.767 | 8.323.709 |
| | SICILIA | 5.011.253 | 20.662.224 |
| | SARDEGNA | 1.644.463 | 6.780.391 |
| | | 58.207.704 | 240.000.000 |

ALLEGATO 3

“Piano nazionale per la formazione continua in medicina” e “Piano Nazionale dell’aggiornamento del personale sanitario 2005-2007”.

1. Premessa.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005 ha individuato, tra gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, la “realizzazione di una formazione permanente di alto livello e qualità in medicina e sanità” per tutti i professionisti della salute.

L’articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, ha previsto anche in Italia la realizzazione di modifiche strutturali e ha inserito tra gli obiettivi che le Regioni devono conseguire, al fine di ottenere l’accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato per le risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, la realizzazione del “Piano nazionale dell’aggiornamento del personale sanitario”, coerentemente con il Piano Sanitario Nazionale.

Il “Piano Nazionale dell’aggiornamento del personale sanitario”, che è ricompreso nel “Piano nazionale dell’educazione continua in medicina”, costituisce il presupposto necessario per l’individuazione degli strumenti condivisi per il contenimento della dinamica dei costi, il miglioramento qualitativo dei servizi e la riduzione della spesa inappropriata, nel rispetto del principio della uniforme ed

ALLEGATO 3

“Piano nazionale per la formazione continua in medicina” e “Piano Nazionale dell’aggiornamento del personale sanitario 2005-2007”.

1.1 Il Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005 ha individuato, tra gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, la “realizzazione di una formazione permanente di alto livello e qualità in medicina e sanità” per tutti i professionisti della salute.

L’articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, ha inserito tra gli obiettivi che le Regioni devono conseguire, al fine di ottenere l’accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato per le risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, la realizzazione del “Piano nazionale dell’aggiornamento del personale sanitario”, coerentemente con il Piano Sanitario Nazionale.

Il “Piano Nazionale dell’aggiornamento del personale sanitario”, costituisce il presupposto necessario per l’individuazione degli strumenti condivisi per il contenimento della dinamica dei costi, il miglioramento qualitativo dei servizi e la riduzione della spesa inappropriata, nel rispetto del principio della uniforme ed appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sul territorio nazionale di cui al DPCM 29

appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sul territorio nazionale di cui al DPCM 29 novembre 2001 e successive modifiche e integrazioni.

Gli articoli 16-bis e 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni hanno definito la formazione continua ed istituito la Commissione nazionale per la formazione continua, attribuendole la competenza ad individuare criteri, principi e requisiti utili a garantire l'unitarietà del progetto "Educazione Continua in Medicina" (di seguito denominato ECM) . Gli Accordi sanciti dalla Conferenza Stato Regioni il 20 dicembre 2001, il 13 marzo 2003 e il 20 maggio 2004 hanno consentito l'avvio a partire dal 2002, dell'accREDITamento a regime dei singoli eventi residenziali e l'avvio, nel 2004, del sistema di accREDITamento sperimentale dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative residenziali e a distanza, individuando gli obiettivi formativi. Nell'anno 2005, sarà attivata la seconda fase del progetto ECM attraverso l'accREDITamento dei *provider* di formazione residenziale, della formazione a distanza (FAD) e della formazione sul campo (FSC) e saranno stabiliti i criteri e le modalità per privilegiare l'aggiornamento sul posto di lavoro e nello studio o domicilio del professionista nonché in *stages* di lavoro presso centri di documentata eccellenza.

La realizzazione del "Piano nazionale di formazione continua in medicina" e quindi del "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario", richiede maggiore coordinamento e collaborazione fra i livelli nazionale e regionale , in quanto le attività di ECM si trovano ad un punto particolarmente delicato, tipico di tutti i processi che, dopo un fase sperimentale e di prima implementazione, sono destinati ad acquisire carattere stabile e sistemico.

In questa fase, occorre garantire una più coerente ed efficace armonizzazione tra i due fondamentali aspetti dell'ECM: il suo essere strumento per il mantenimento dell'abilitazione professionale (alternativo, ma non esclusivo, rispetto ad altre

novembre 2001 e successive modifiche e integrazioni.

Gli articoli 16-bis e 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni hanno definito la formazione continua ed istituito la Commissione nazionale per la formazione continua.

Gli Accordi sanciti dalla Conferenza Stato Regioni il 20 dicembre 2001, il 13 marzo 2003 e il 20 maggio 2004 hanno consentito l'avvio a partire dal 2002, dell'accREDITamento a regime dei singoli eventi residenziali e l'avvio, nel 2004, del sistema di accREDITamento sperimentale dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative residenziali e a distanza, individuando gli obiettivi formativi.

La realizzazione del "Piano nazionale di formazione continua in medicina" e quindi del "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario", richiede maggiore coordinamento e collaborazione fra i livelli nazionale e regionale , in quanto le attività di ECM si trovano ad un punto particolarmente delicato, tipico di tutti i processi che, dopo un fase sperimentale e di prima implementazione, sono destinati ad acquisire carattere stabile e sistemico.

Il mantenimento di una visione di insieme in un quadro funzionale ed operativo unitario rappresenta un valore aggiunto e sempre più l'affiancarsi di normative regionali a quella nazionale e il diffondersi a livello regionale di esperienze e organizzazioni di governo tecnico delle attività formative, richiedono modalità nuove per mantenere al Programma ECM il carattere di "sistema", riconosciuto in quanto condiviso da tutte le Regioni.

E' necessario perciò definire una organizzazione dei processi di governo del "sistema Educazione Continua in Medicina", basati su una forte e permanente concertazione, in grado di meglio conciliare, fin da subito, le esigenze nazionali e quelle regionali, ma anche di assicurare la promozione del nuovo quadro normativo.

modalità basate su verifiche periodiche del mantenimento di adeguati livelli di aggiornamento professionale) e la sua caratteristica di elemento irrinunciabile del processi di miglioramento qualitativo dei servizi sanitari e relativa riduzione della spesa inappropriata, nonché di supporto alla programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Il mantenimento dei due aspetti sopra ricordati in un quadro funzionale ed operativo unitario rappresenta un valore aggiunto e sempre più l'affiancarsi di normative regionali a quella nazionale e il diffondersi a livello regionale di esperienze e organizzazioni di governo tecnico delle attività formative, richiedono modalità nuove per mantenere al Programma ECM il carattere di "sistema", riconosciuto in quanto condiviso da tutte le Regioni.

E' necessario perciò definire una organizzazione dei processi di governo del "sistema Educazione Continua in Medicina", basati su una forte e permanente concertazione, in grado di meglio conciliare, fin da subito, le esigenze nazionali e quelle regionali, ma anche di assicurare la promozione del nuovo quadro normativo.

Tali nuove modalità debbano quindi basarsi sul mantenimento e potenziamento della concertazione e collaborazione tra Ministero della salute e Regioni attraverso :

1. la prosecuzione dell'approccio basato su Accordi Stato regioni ed eventualmente su Intese ex articolo 8 comma 6 della legge 131/2003, nel rispetto del principio di leale collaborazione tra livello statale e regionale;
2. la creazione di un organismo tecnico-politico per il coordinamento strategico del sistema nazionale ECM ;
3. la creazione di un Comitato tecnico permanente con la partecipazione di tutti i referenti tecnici delle Regioni e delle Province autonome;
4. l'attribuzione alla Commissione nazionale per la formazione continua di un ruolo di consulenza e di proposta, anche attraverso la costituzione di gruppi di lavoro tematico a

Tali nuove modalità debbano quindi basarsi sul mantenimento e potenziamento della concertazione e collaborazione tra Ministero della salute e Regioni che potrà vedere fasi differenti e transitorie ma finalizzate alla costituzione, entro il 2005, di una struttura capace di garantire il mantenimento della qualità del sistema.

Si rende pertanto necessario fissare delle regole condivise per la predetta attività permanente di coordinamento e collaborazione tra le strutture e le iniziative nazionali e regionali in materia di Educazione continua in medicina.

Le Regioni si impegnano ad adottare entro il 30 settembre il piano regionale in attuazione del piano nazionale della formazione e dell'aggiornamento che dovrà essere approvato entro il 30 maggio 2005.

Il Piano nazionale della formazione e dell'aggiornamento dovrà definire:

1. i criteri per l'accreditamento dei provider per garantire i livelli di qualità della formazione del personale
2. soggetti interessati, gli obiettivi formativi, articolazione degli obiettivi
3. le modalità attuative della struttura capace di garantire il mantenimento della qualità del sistema e le regole condivise per il funzionamento della stessa in modo da garantire una attività permanente di coordinamento e collaborazione tra le strutture e le iniziative nazionali e regionali in materia di Educazione continua in medicina
4. i criteri per l'attribuzione dei crediti
5. l'armonizzazione delle regole già previste nei precedenti accordi
6. il ruolo delle società scientifiche

carattere tecnico scientifico aperti a membri esterni;

5. la creazione di una segreteria operativa di coordinamento a carattere paritetico Ministero-Regioni, che opererà in maniera continuativa, ferme restando le funzioni degli Uffici dirigenziali del Ministero della salute nel cui ambito di competenza rientra la formazione continua.

Si rende pertanto necessario fissare delle regole condivise per la predetta attività permanente di coordinamento e collaborazione tra le strutture e le iniziative nazionali e regionali in materia di Educazione continua in medicina e di attribuire a tali fini agli organismi e uffici, che operano a livello centrale, la denominazione di *"Centro nazionale per l'Educazione continua in medicina"*. Gli obiettivi prioritari della nuova organizzazione sopra delineata debbano riguardare la predisposizione del "Piano nazionale per l'educazione continua" e il necessario completamento del percorso di messa a punto metodologica ed operativa degli strumenti realizzativi della Formazione continua.

Per il **"Piano Nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007"**, che parte nel 2005, si prevedono risorse per un importo pari a 50 milioni di euro che le Regioni accettano di autovincolarsi sulla quota indistinta ripartita dal CIPE per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007.

Le risorse così disponibili sono riportate nella seguente tabella :

TABELLA

Risorse che le Regioni vincolano alla realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione

| | | |
|---------|-------------|--|
| regioni | popolazione | Risorse da autovincolare sulla quota indistinta della delibera CIPE (importo in euro per ciascuno degli anni 2005, |
|---------|-------------|--|

7.le modalità attraverso le quali, anche con modifiche legislative, si possa provvedere alla rivalidazione dell'abilitazione professionale o alla certificazione professionale dei medici utilizzando il sistema di formazione continua;

8. definizione delle problematiche relative alla contribuzione alle spese da parte degli organizzatori di eventi

1.1 . Fino alla definizione del Piano nazionale per l'educazione continua, restano confermati gli obiettivi formativi di interesse nazionale definiti con l'accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2001 (Rep. Atti n.1358) nonché le modalità di accreditamento degli eventi formativi residenziali e le sperimentazioni in corso, così come confermato con gli Accordi Stato Regioni del 13 marzo 2003 (repertorio atti n.1667) e del 20 maggio 2004 (Repertorio Atti n.1992).Per l'anno 2005 l'obbligo di acquisizione dei credito resta a n.30 crediti.

1.2 Sono fatti salvi i crediti maturati con la partecipazione ad eventi formativi nel periodo compreso dal 1° gennaio 2005 alla data del presente Accordo

| | | 2006 e 2007) |
|----------------|-------------------|-------------------|
| PIEMONTE | 4.296.822 | 3.690.939 |
| VALLE D'AOSTA | 122.360 | 105.106 |
| LOMBARDIA | 9.318.038 | 8.004.128 |
| BOLZANO | 471.635 | 405.131 |
| TRENTO | 493.406 | 423.832 |
| VENETO | 4.671.372 | 4.012.675 |
| FRIULI | 1.202.070 | 1.032.570 |
| LIGURIA | 1.585.612 | 1.362.029 |
| EMILIA ROMAGNA | 4.107.144 | 3.528.007 |
| TOSCANA | 3.589.289 | 3.083.173 |
| UMBRIA | 854.174 | 733.729 |
| MARCHE | 1.511.774 | 1.298.603 |
| LAZIO | 5.261.241 | 4.519.368 |
| ABRUZZO | 1.290.620 | 1.108.633 |
| MOLISE | 322.218 | 276.783 |
| CAMPANIA | 5.790.193 | 4.973.734 |
| PUGLIA | 4.047.094 | 3.476.424 |
| BASILICATA | 598.163 | 513.817 |
| CALABRIA | 2.018.767 | 1.734.106 |
| SICILIA | 5.011.253 | 4.304.630 |
| SARDEGNA | 1.644.463 | 1.412.581 |
| | 58.207.704 | 50.000.000 |

2. Gli ambiti del "PIANO NAZIONALE PER L'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA 2005-2007" e del "PIANO NAZIONALE DELL'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO" .

Il Centro nazionale dell'educazione continua provvede alla elaborazione del "Piano nazionale per l'educazione continua in medicina" , **comprensivo del Piano Nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario** "conformemente ai seguenti criteri e principi ed assume , contestualmente, le necessarie iniziative per il completamento

del percorso di messa a punto metodologica ed operativa degli strumenti realizzativi della Formazione continua con la precisazione degli ambiti e delle competenze nazionali e regionali per la realizzazione del Piano stesso:

- a) soggetti interessati – Tutti i professionisti della salute ed, in particolare, i medici chirurghi, gli odontoiatri, i veterinari, i farmacisti, gli operatori delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, nonché i biologi, i chimici, i fisici e gli psicologi, addetti ai servizi sanitari;
- b) obiettivi formativi – Gli obiettivi formativi, strumento strategico per la politica sanitaria del Paese, saranno definiti finalizzandoli agli obiettivi del PSN 2003/2005 con riferimento alle esigenze di qualificazione specifica dei diversi profili professionali.
 - le tematiche, oggetto degli obiettivi formativi di interesse nazionale devono essere riconducibili alle attività collegate ai Livelli Essenziali di Assistenza di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001 e successive integrazioni.
- c) articolazione degli obiettivi : la definizione degli obiettivi formativi garantisce in ogni caso che nella formazione continua del personale sanitario siano presenti:
 - a) temi comuni a tutte o più professioni, di prevalente interesse dello Stato;
 - b) temi specifici delle singole professioni, discipline e specialità mediche e sanitarie;
 - c) temi di natura organizzativo-gestionale, di prevalente interesse delle Regioni.

Gli obiettivi saranno distinti in maggiori o minori con un numero di crediti differenziati in tre fasce; gli eventi danno titolo a crediti con pesi diversi in relazione sia alla natura dell'obiettivo formativo sia alla tipologia dell'attività formativa;

d) Tipologie delle attività formative - le tipologie di attività formative ECM, sono articolate in :

- a) attività formative attraverso eventi residenziali e semiresidenziali,
- b) formazione sul campo,
- c) formazione a distanza ,
- d) formazione autogestita con formali procedure di verifica finale.

Il Piano nazionale definisce i temi comuni e le quote percentuali di crediti che, annualmente e nel triennio, ciascun professionista deve acquisire in ciascuna delle classi di eventi relativi agli obiettivi formativi.

e) l'accreditamento dei provider sarà sperimentato secondo i criteri e le modalità definiti nel documento approvato dalla Commissione nella seduta dell'11 novembre 2004, prevedendo che , nella prima fase di avvio del nuovo sistema, l'accreditamento dei *provider* sarà riservato solo ai soggetti pubblici, agli enti sanitari privati accreditati ed alle società medico-scientifiche ed alle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie infermieristiche tecniche e della riabilitazione e della prevenzione, riconosciute dal Ministro della salute ai sensi del decreto 31 maggio 2004; pertanto, nella fase di avvio i soggetti privati, ai fini dell'accreditamento come *provider*, si devono associare con uno dei predetti soggetti in possesso delle competenze clinico-assistenziali ;

f) accreditamento di base - prevedere, in materia di accreditamento dei provider, ivi compresa la formazione a distanza (FAD), la formazione sul campo (FSC), la formazione residenziale (FR) e della Formazione autogestita (FAG) , che sia l'accreditamento di base ad attribuire il ruolo di *provider* che le autorizzazioni per le singole tipologie: FAD, FSC, FR, FAG siano rilasciate a seguito di parere favorevole

da parte del Comitato tecnico permanente costituito nell'ambito del Centro nazionale per l'educazione continua;

- g) graduatoria provider - definire criteri oggettivi per differenziare e graduare i *provider* in ragione della qualità dell'attività formativa offerta e pubblicizzare l'Albo e la relativa graduatoria degli stessi ;
- h) crediti formativi - provvedere alla risistemazione della classificazione e della pesatura dei crediti formativi, tenendo conto delle finalità fondamentali dell'ECM. I crediti formativi saranno differenziati e graduati in base al tipo di aggiornamento, favorendo, attraverso una più elevata valutazione, le attività più coerenti con il Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario e con gli altri obiettivi istituzionali (PSN e piani regionali, partecipazione a protocolli di studio e prevenzione, uso dei farmaci, ecc.), a fronte di una più bassa valutazione delle attività connesse a congressi e seminari;
- i) Verificare la coerenza delle iniziative già avviate in campo nazionale e regionale con l'impianto delineato nel presente accordo.
- j) promuovere l'armonizzazione, rispetto a quanto previsto dal presente accordo nei punti precedenti, dei contenuti e delle modalità applicative delle disposizioni rilevanti per l'ECM contenute nei contratti del comparto e della dirigenza nonché negli accordi nazionali per il personale sanitario convenzionato.
- k) Debito formativo - definire le quote percentuali di crediti che, annualmente e nel triennio, ciascun professionista deve acquisire in ciascuna delle classi di eventi relativi agli obiettivi formativi nazionali e regionali.
- l) Rivalidazione abilitazione professionale - Prevedere che, a partire da una data, che sarà fissata tramite

intesa fra il Ministro della salute e le regioni sancita dalla Conferenza Stato-regioni in relazione anche all'attivazione a regime di tutte le tipologie di attività formative di cui alla lettera d), la partecipazione agli eventi formativi, fino al conseguimento del numero di crediti stabilito con decreto del Ministro della salute, sarà, per tutto il personale sanitario dipendente, convenzionato o libero professionista, condizione necessaria per il mantenimento, ogni dieci anni, dell'abilitazione professionale, salvo la ripetizione del relativo esame di Stato abilitante.

m) Certificazione crediti - Prevedere che, per le finalità di cui alla lettera l), gli Ordini e Collegi professionali e, per le categorie sanitarie prive di ordine e collegi, le associazioni tecnico-scientifiche di cui al D.M. 31 maggio 2004 provvedono, d'intesa con il Centro nazionale per la educazione continua in medicina, alla rilevazione, controllo e certificazione dei crediti formativi dei propri iscritti.

o) "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario".

Il Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario sarà redatto dal Centro Nazionale di Formazione Continua e individua le attività formative afferenti ad un organico intervento formativo nazionale rivolto al personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale.

"Nel triennio di validità del "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario", gli obiettivi devono essere prevalentemente finalizzati alla realizzazione del "Piano nazionale della prevenzione" e degli altri interventi previsti in attuazione dell'intesa di cui al comma 173 della legge n. 311 del 2004 ed in particolare:

- alla prevenzione cardiovascolare;

- allo screening dei tumori;
- alla prevenzione degli incidenti domestici sia nei bambini che negli anziani;
- al piano delle vaccinazioni;
- all'appropriatezza clinico-assistenziale;
- al rapporto medico-paziente/famiglia; al rapporto operatore sanitario-paziente/famiglia
- le altre tematiche di cui alla lettera c).

3. Il Coordinamento del Piano : il Centro Nazionale per l'educazione continua in medicina.

Per la realizzazione del "Piano nazionale per l'educazione continua in medicina" comprensivo del "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario", di cui all'articoli 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n.311, e per assicurare un'attività permanente di coordinamento tra le iniziative nazionali e regionali in materia di Educazione continua in medicina, in attuazione di quanto previsto in materia di formazione continua dalle disposizioni di cui agli articoli 16-bis e16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli organismi e gli uffici preposti a livello nazionale alla ECM operano in stretto e permanente coordinamento con le competenti istituzioni regionali, assumendo complessivamente a tali fini la denominazione di "*Centro nazionale per l'Educazione continua in medicina*".

Il *Centro nazionale per l'Educazione continua in medicina* opera prevedendo al suo interno funzioni di indirizzo politico-programmatico, di coordinamento tecnico, di consulenza e di attività operativa. Il Centro è articolato come da "Allegato a)" al presente Piano.

Il Centro nazionale per l'Educazione continua in medicina si articola in:

- | | |
|---|--|
| <p>a) un Comitato strategico di indirizzo composto dal Ministro della salute, con funzioni di Presidente, dall'Assessore regionale alla sanità titolare della funzione di coordinamento fra gli assessori alla sanità, con funzioni di vice presidente, da due assessori regionali alla sanità e da tre membri nominati dal Ministro della salute. Partecipa alle riunioni il responsabile della segreteria operativa.</p> <p>b) un Comitato tecnico permanente - che è composto dai responsabili della formazione continua del personale sanitario di tutte le Regioni e Province autonome, dai responsabili della formazione a livello nazionale e dal responsabile della segreteria operativa ed è presieduto dall'Assessore regionale alla sanità titolare della funzione di coordinamento fra gli assessori alla sanità - con funzioni di proposta e verifica del funzionamento del sistema nazionale e dei sistemi regionali di formazione. Il Comitato si riunisce con cadenza almeno mensile.</p> <p>c) una segreteria operativa di coordinamento, a carattere paritetico, costituita da quattro membri nominati dal Ministro della salute, di cui uno con funzioni di responsabile della segreteria, e da quattro membri nominati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, che opererà in maniera continuativa ed in collaborazione con l'ufficio dirigenziale del Ministero, competente in materia di ECM.</p> <p>d) La Commissione nazionale per la formazione continua svolge funzioni consultive e di proposta, anche attraverso la costituzione di gruppi di lavoro tematico a carattere scientifico aperti anche a membri esterni,</p> <p>e) l'Ufficio dirigenziale ministeriale competente in materia di ECM.</p> | |
|---|--|

Il Centro nazionale per l'Educazione continua in medicina assicura, in particolare:

- la elaborazione e l'aggiornamento del Piano nazionale per l'Educazione continua in Medicina comprensivo del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario di cui all'articolo 1, comma 178 lettera d), della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005);

- la promozione della qualità degli eventi e delle iniziative formative;

- l'accreditamento dei *provider* e delle attività formative, riservato al livello centrale;

- il coordinamento della attività di verifica degli eventi e delle iniziative formative;

- la elaborazione e l'aggiornamento del sistema di attribuzione dei crediti formativi in attuazione di quanto previsto dal presente accordo;

- la definizione di tutti gli strumenti realizzativi del programma ECM,

la realizzazione, tramite gli ordini e collegi professionali e, per le categorie prive di ordine o collegio, le associazioni tecnico-scientifiche di cui al D.M. 31 maggio 2004, dell'anagrafe dei crediti formativi.

Il Centro può utilizzare a tali fini anche esperti nominati dal Ministro della salute.

Il Centro nazionale per la educazione continua in medicina sovrintende a tutte le attività di formazione continua e provvede, d'intesa con le Regioni, ai controlli sui *provider* di formazione residenziale o a distanza e sugli eventi e attività formative, anche con poteri sanzionatori nei confronti dei *provider* per comportamenti irregolari; i controlli sulle attività formative residenziali sono effettuati, d'intesa con le Regioni, da appositi gruppi di valutatori esperti, designati dagli Ordini e Collegi professionali e dalle società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche e loro Federazioni di cui al D.M. 31 maggio 2004.

Il Centro nazionale per l'Educazione continua in medicina cura la tenuta dell'Albo dei *provider*, valuta la qualità dell'attività formativa svolta dagli stessi e definisce la graduatoria dei provider . L'Albo dei provider, la graduatoria degli stessi in base alla qualità dell'attività svolta e le sanzioni adottate nei loro confronti sono pubblicati periodicamente a cura del Ministero della salute.

Alle spese per le attività del Centro di cui al comma 2 si fa fronte con le disponibilità di bilancio derivanti dai contributi di cui al comma 5 dell'art. 92 della legge 23 dicembre 2000, n. 388.

4. GLI OBIETTIVI FORMATIVI DI INTERESSE NAZIONALE PER L'ANNO 2005 .

4.1. Fino alla definizione del Piano nazionale per l'educazione continua, restano confermati gli obiettivi formativi di interesse nazionale definiti con l'accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2001 (Rep. Atti n.1358) nonché le modalità di accreditamento degli eventi formativi residenziali e le sperimentazioni in corso, così come confermato con gli Accordi Stato Regioni del 13 marzo 2003 (repertorio atti n.1667) e del 20 maggio 2004 (Repertorio Atti n.1992).Per l'anno 2005 l'obbligo di acquisizione dei credito resta a n.30 crediti.

4.3. I costi delle attività formative possono annualmente gravare sulle risorse per il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, così come ripartite alle singole Regioni, solo entro il limite costituito dall'importo complessivo medio di spesa annualmente registrata nel triennio 2002/2004 per interventi formativi nel campo sanitario nelle singole Regioni, nonché delle specifiche risorse che le Regioni destineranno all'attuazione del Piano nazionale dell'educazione continua in medicina, ai sensi dell'art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311..

4.4. Sono fatti salvi i crediti maturati con la partecipazione ad

| | |
|---|--|
| eventi formativi nel periodo compreso dal 1° gennaio 2005 alla data del presente Accordo. | |
|---|--|