

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

INTESA 23 marzo 2005

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 23 marzo 2005:

Visto l'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede che il Governo puo' 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;

Visto l'art. 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 art. 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, e' subordinato alla stipula di una specifica intesa, ai sensi dell'art. 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;

Ritenuto di adottare, con riferimento alla regola del 2 per cento dell'incremento dei costi di produzione di cui all'art. 1, comma 173, lettera e), della legge 30 dicembre 2004, n. 311, in luogo dei dati di previsione 2004, i piu' aggiornati dati di preconsuntivo relativo al quarto trimestre 2004, trasmessi dalle Regioni al Sistema Informativo Sanitario;

Visto l'art. 1, comma 176, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che dispone che, in caso di mancato adempimento da parte delle Regioni agli obblighi di cui al richiamato comma 173 del medesimo articolo, e' precluso l'accesso al maggior finanziamento previsto per gli anni 2005, 2006 e 2007, con conseguente immediato recupero delle somme eventualmente erogate;

Visto l'art. 1, comma 181, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che dispone che, per le somme ivi riportate, 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'art. 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326;

Visto l'art. 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 dispone:

alla lettera a), che il Ministero dell'economia e delle finanze, per gli anni 2005, 2006 e 2007, e' 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;

alla lettera b), che per gli anni 2005, 2006 e 2007, il Ministero dell'economia e delle finanze e' 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 indistinta, quale risulta dalla deliberazione del CIPE per i corrispondenti anni;

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;

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'art. 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;

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;

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;

Vista la proposta di intesa, formalizzata dal Ministro della salute nella seduta di questa Conferenza del 10 marzo 2005;

Considerato che nell'odierna seduta di questa Conferenza del 23 marzo 2005, il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e le Regioni e le Province autonome hanno concordato ulteriori emendamenti sul testo della presente intesa, oltre a quelli già concordati in sede tecnica;

Acquisito l'assenso del Governo e delle Regioni e delle Province autonome sul testo della presente intesa;

Sancisce intesa

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, per quanto di competenza, nei termini sotto indicati:

Art. 1.

Adempimenti previsti dalla legislazione vigente

1. Per il triennio 2005-2007, con riferimento al livello di finanziamento stabilito in legge finanziaria, ricomprendente 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, le Regioni assolvono agli adempimenti previsti dalla normativa vigente riportati nell'allegato 1 e agli altri adempimenti previsti dalla presente intesa.

Art. 2.

Modalità di affiancamento dei rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia

1. Con riferimento a quanto previsto sub b) dall'art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le modalità di affiancamento sono quelle fissate dal successivo art. 8 della presente intesa.

Art. 3.

Ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)

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

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

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

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

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

6. Il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario, nei contenuti e secondo le modalità di cui al comma precedente, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla presente intesa, sulla base dei criteri fissati dalla Cabina di Regia. Restano fermi gli adempimenti relativi agli obblighi informativi, di cui ai decreti ministeriali 16 febbraio 2001, 28 maggio 2001, 29 aprile 2003 e 18 giugno 2004.

7. Le Regioni si impegnano ad adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda unita sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e ciò costituisce adempimento cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla presente intesa.

8. Le Regioni, entro il 30 ottobre 2005, garantiscono, ed a tale scopo adottano misure specifiche dirette a prevedere che, ai fini della conferibilità dell'incarico del direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e

gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario costituisce grave inadempienza.

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'art. 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'art. 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326) e' 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.

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

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

a) adottare, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Rispetto a tali standard e' compatibile una variazione che, in ogni caso, non puo' superare il 5% in piu' 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 applica una significativa riduzione della tariffa giornaliera, fatta salva la garanzia della continuita' dell'assistenza. In fase di prima applicazione fino all'adozione del relativo provvedimento regionale, il valore soglia e' fissato in un massimo di sessanta giorni di degenza, con una riduzione tariffaria pari ad almeno il 30% della tariffa giornaliera piena;

e) adottare, entro il 30 giugno 2005, il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione di cui all'allegato 2, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale. Le Regioni convengono, per la completa attuazione di quanto previsto dal citato Piano, di destinare 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, come individuate nella tabella di cui all'allegato n. 2. Le Regioni si impegnano, altresì, a trasmettere al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, istituito dall'art. 1 della legge 26 maggio 2004, n. 138, di conversione del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire al medesimo Centro di certificare l'avvenuto adempimento, ai fini di quanto previsto dal successivo art. 12;

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

g) promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero, che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione;

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

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

2. Le Regioni comunicano al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze i provvedimenti previsti dal comma 1.

Art. 5.

Vincolo alla crescita complessiva delle voci dei costi di produzione del 2%, al netto dei costi del personale

1. Con riferimento a quanto previsto sub e) dall'art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni 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 degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e del servizio sanitario regionale nel suo complesso, con esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore, secondo modalità che garantiscano che, complessivamente, la loro crescita annua non sia superiore al 2 per cento, rispetto ai dati di preconsuntivo relativi al quarto trimestre 2004, trasmessi dalle Regioni al Sistema Informativo Sanitario, al

netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi.

Art. 6.

Obbligo di garantire l'equilibrio economico finanziario

1. Con riferimento a quanto previsto sub f) dall'art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni si impegnano a rispettare l'obbligo in capo alle stesse di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, con riferimento alle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli Istituti di 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 dei direttori generali delle aziende unita' sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico - per la riconduzione in equilibrio della gestione, ove si prospettassero situazioni di squilibrio, fermo restando quanto disposto dal comma 174 dell'art. 1 della richiamata legge 30 dicembre 2004, n. 311, e, ove necessario, quanto disposto dal comma 180 del medesimo articolo. Limitatamente all'anno 2005, nelle more del perfezionamento del procedimento attuativo dell'art. 7 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, i bilanci regionali fanno riferimento alle risorse indicate nella delibera CIPE di riparto del fabbisogno 2005, commisurate al 99% dell'importo attribuito alle singole Regioni, salvo eventuali modifiche derivanti dall'applicazione dell'art. 7 del citato decreto legislativo n. 56/2000, secondo quanto disposto dall'art. 4 del decreto-legge 30 dicembre 2004, n. 314, convertito, con modificazioni, nella legge 1° marzo 2005, n. 26.

2. A tal fine le Regioni:

provvedono alla verifica trimestrale del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della gestione, coerentemente con l'obiettivo sull'indebitamento delle Amministrazioni pubbliche, assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento. 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, 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, e degli 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 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 stabiliti 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;

adottano i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento.

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.

Art. 7.

Meccanismi di raccordo tra aziende sanitarie e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta

1. Con riferimento a quanto disposto dall'art. 1, comma 179, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni adottano, entro il 30 settembre 2005, uno specifico provvedimento, con il quale vengono aggiornate le modalita' che disciplinano i rapporti tra le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Tali modalita' definiscono i rapporti tra l'ospedale e 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 percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi e la condivisione di interventi di prevenzione e percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi.

Art. 8.

Accordo per il perseguimento dell'equilibrio economico

1. In relazione a quanto disposto dall'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, a partire dall'anno 2005, con riferimento ai risultati di esercizio dell'anno 2004, in base alle risultanze finali del tavolo degli adempimenti, per le Regioni interessate che, ai sensi di tale disposizione, stipulano con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli affari regionali, 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 comma 173 del medesimo articolo, la sottoscrizione dell'accordo e' 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 modalita':

a) spetta l'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, nel caso in cui la Regione risulti:

adempiente con riferimento all'equilibrio economico-finanziario, verificato dal tavolo tecnico degli adempimenti, al mantenimento dei livelli di assistenza previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni e modificazioni, all'attuazione del Piano nazionale della prevenzione e del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario;

inadempiente con riferimento agli altri adempimenti di cui all'allegato 1:

b) spetta il 40 per cento del maggior finanziamento, all'atto della sottoscrizione dell'accordo; il rimanente 60 per cento subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma, nel caso in cui la regione risulti non adempiente anche a uno degli adempimenti di cui alla lettera a) primo trattino.

3. L'accordo:

stabilisce le modalita' per l'erogazione del saldo del maggior finanziamento secondo stati di avanzamento concordati, nonche' le modalita' per la sospensione dell'erogazione del maggior finanziamento, in caso di 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 modalita' della loro verifica;

definisce, limitatamente ai casi di cui alla lettera b) del precedente comma, le modalita' 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 attivita' di gestione e programmazione del servizio sanitario regionale, nonche' 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 possono approvare anche con prescrizioni in ordine alle modalita' di recepimento e ai contenuti degli stessi. Sono fatti salvi i provvedimenti regionali di somma urgenza, da trasmettersi successivamente alla loro adozione.

prevede eventuali forme di partenariato con le altre Regioni.

4. Con successiva intesa, in sede di Conferenza Stato-Regioni saranno individuati, entro trenta giorni dalla presente intesa, i casi in cui l'accordo di cui al presente articolo, pur rientrando nella fattispecie di cui alla lettera b), non implica forme di affiancamento; in mancanza della ulteriore intesa opera quanto previsto dalla presente intesa.

5. Limitatamente alle Regioni nelle quali si sia verificato un disavanzo pari o superiore al 7 per cento sulla base dei risultati del Tavolo tecnico degli adempimenti, al netto, per l'anno 2005, delle risorse impiegate per arretrati di contratti e convenzioni per il personale, la stipula dell'accordo di cui al comma 3, integrato con il concerto del Ministro per gli affari regionali, e' da

considerarsi in ogni caso dovuta da parte della Regione interessata e quindi rientrante tra gli adempimenti oggetto di verifica previsti dalla presente intesa, ai sensi del precedente art. 2.

Art. 9.

Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA

1. Ai fini della presente intesa, e' 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 e per la verifica della congruita' tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione.

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, nonche' dei flussi informativi afferenti al Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

3. Il Comitato e' composto da quattro rappresentanti del Ministero della salute, di cui uno con funzioni di coordinatore, due rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze, un rappresentante del Dipartimento per gli affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri e da sette rappresentanti delle Regioni designati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome.

Art. 10.

Edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico

1. Ai fini dell'applicazione di quanto previsto dall'art. 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'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, sia fissata al 15% la quota minima delle risorse residue da destinare al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, salvo la dimostrazione da parte delle Regioni di aver gia' investito risorse per l'ammodernamento tecnologico.

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

Art. 11.

Dispositivi medici

1. Al fine di promuovere qualita' ed efficienza nell'utilizzo dei dispositivi medici, si conviene sulla necessita' di uno sviluppo dell'attivita' della Commissione unica sui dispositivi medici, istituita dall'art. 57 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per lo svolgimento di funzioni consultive sulle problematiche concernenti tali dispositivi medici.

Art. 12.

Tavolo di verifica degli adempimenti

1. Ai fini della verifica degli adempimenti per le finalita' di quanto disposto dall'art. 1, comma 184, lettera c) della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e' istituito presso il 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 Areee sanita' e Affari finanziari, nell'ambito della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province autonome;

di una ulteriore regione indicata dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle 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 criticita' riscontrati, affinche' esse possano presentarsi con le eventuali integrazioni, atte a superare le criticita' 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, e' trasmesso ai componenti del Tavolo e alla Regione interessata.

3. Il Tavolo tecnico:

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'art. 9 della presente intesa, per gli aspetti relativi agli adempimenti riportati nell'Allegato 1, al Punto 2, lettere c), e), f), g), h), e agli adempimenti derivanti dagli articoli 3, 4 e 10 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. Riferisce, altresì, al tavolo politico su eventuali posizioni discordanti. Nel caso che tali posizioni riguardino la valutazione degli adempimenti di una singola Regione, la stessa viene convocata dal Tavolo politico.

4. Il Tavolo politico e' composto:

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.

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 nei confronti delle Regioni inadempienti ai sensi dell'art. 1, comma 176, della legge n. 311 del 2004.

Art. 13.

Regioni a statuto speciale e Province autonome

1. I contenuti della presente intesa si applicano alle Regioni a statuto speciale e alle Province Autonome compatibilmente con gli statuti di autonomia e le relative norme di attuazione.

Art. 14.

Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e policlinici Universitari

1. Il Governo e le Regioni si impegnano, per quanto di rispettiva competenza, ad adottare i provvedimenti necessari a garantire che, entro il 31 luglio 2005, sia completato il processo di aziendalizzazione, ai sensi delle norme vigenti, dei policlinici universitari, nonché di insediamento dei nuovi organi degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico previsti dalla normativa vigente.

Roma, 23 marzo 2005

Il presidente: La Loggia

Il segretario: Carpino

Allegato 1

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.

2. E' previsto che le Regioni siano tenute ad ottemperare ai seguenti adempimenti, e in particolare a:

a) mantenere la stabilità e l'equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale, tramite:

misure di contenimento della spesa (strumenti di controllo della domanda, riduzione della spesa sanitaria o in altri settori, applicazione di strumenti fiscali);

- la quantificazione dei maggiori oneri a proprio carico, indicandone la copertura (art. 4, commi 2 e 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405);

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,-

c) adempiere:

- agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio al Sistema Informativo Sanitario dei modelli CE, SP, CI> ed LA (decreto ministeriale 16 febbraio 2001, decreto ministeriale 28 maggio 2001, decreto ministeriale 29 aprile 2003, decreto ministeriale 18 giugno 2004);

- agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel decreto ministeriale 12 dicembre 2001;

d) adeguarsi alle prescrizioni del patto di stabilita' interno (articolo 1 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405);

e) mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei L.E.A., (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed

integrazioni, articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, nn. 311);

f) adottare lo standard di dotazione media di 5 posti letto per mille abitanti, di cui F 1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie (articolo 3, comma 4, del decreto - legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405), cosi' come integrato da quanto convenuto all'articolo 4, comma 1, lettera a) della presente intesa;

g) adottare i criteri e le modalita' per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicita' nella utilizzazione delle risorse, in attuazione del punto 4.3 dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001. La relativa verifica avviene secondo le modalita' definite nell'accordo Stato-Regioni del 1 ° luglio 2004, atto rep. n. 2035, (articolo 52, comma 4, lettera b), della legge 27 dicembre 2002, n. 289);

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 del 14 febbraio 2002, atto rep. n. 1387, sulle modalita' di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e gli indirizzi applicativi sulle liste di attesa. A tale fine, la flessibilita' organizzativa e gli istituti contrattuali della turnazione, del lavoro straordinario e della pronta disponibilita', potranno essere utilizzati, unitamente al recupero di risorse attualmente utilizzate per finalita' non prioritarie, per ampliare notevolmente l'offerta dei servizi, con diminuzione delle giornate complessive di degenza. Annualmente le Regioni predispongono una relazione da presentare in sede di Conferenza Stato-Regioni, anche ai fini del successivo inoltro da inviare al Parlamento, circa l'attuazione dei presenti adempimenti e dei risultati raggiunti (articolo 52, comma 4, lettera c), della legge 27 dicembre 2002, n. 289);

i) adottare i provvedimenti diretti a prevedere, ai sensi dell'articolo 3, comma 2, lettera e), del decreto-legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie ed ospedaliere, nonche' 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 modalita' definite

in sede di Conferenza Stato- Regioni (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 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 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) gli ulteriori adempimenti connessi a quanto stabilito dalla presente Intesa.

Allegato 2

IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007

Premessa

L Negli ultimi decenni abbiamo assistito ad un aumento della vita media ed ad una modifica delle cause di morte in Italia con l'aumento considerevole delle malattie cronico degenerative e dei tumori. La crescente incidenza delle malattie croniche e delle 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 prevenibili e 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 (1).

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 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 n. 138 del 2004. 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.

(1) 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 in un contesto di crescente competitività internazionale.

2. 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; a tali ambiti va aggiunta la prevenzione degli incidenti, ivi compresi gli incidenti domestici, per l'impatto in termini di anni di vita persi e di invalidita'. 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:

- 1) la diffusione della carta del rischio a gruppi di soggetti,
- 2) la prevenzione dell'obesita' nelle donne in eta' 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 gia' hanno avuto accidenti cardiovascolari, cosicche' 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 probabilita' 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, cosi' da abbassare il rischio, e questa e' una occasione estremamente favorevole per consigliare al soggetto in esame su come comportarsi e tutelare meglio la propria salute.

L'Istituto Superiore di Sanita' 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 (eta', 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 .

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 modalita' per dare avvio al programma nelle singole realta' regionali.

2.1.2 La prevenzione dell'obesita' nelle donne in eta' 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 medico di famiglia, ma anche dalla donna su se stessa con indicatori di obesita', ricordando che per un test di semplice adozione si puo' fare ricorso a misure fortemente indicative, quali quelle dell'Indice di Massa Corporea (BMI) e la circonferenza addominale.

Questo approccio potrà permettere un'ampia attivita' di prevenzione, ma soprattutto consentira' 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 e' perseguita gia' 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 e'

inconsapevole di avere questa patologia.

Spesso il diabete di tipo II si associa all'obesita' in una sindrome chiamata Diabesity e, quindi, e' 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. Importante e' 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 e' fondamentale. Le schede attuative individueranno le modalita' per dare avvio al programma nelle singole realta' 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 puo' notare questo programma si integra facilmente con il primo, perche' il diabete e' 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 gia' avuto un primo accidente, sia a livello cardiaco, sia a livello cerebrale. In questi casi le societa' 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:

- 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 e' 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 e' molto importante, in quanto il medico di famiglia puo' sollecitare l'attenzione di queste persone e effettuare un adeguato counselling. Fondamentale elemento, perche' la campagna di screening risulti efficace, e' definire il percorso per i soggetti positivi, in modo da evitare perdite di tempo e tracciare dei percorsi prioritari per questi pazienti, affinche' risolvano il loro problema, arrivando rapidamente ad una diagnosi certa.

Altro punto importante e' che gli screening vengano effettuati in condizioni nelle quali sono garantite la qualita' delle attrezzature e delle procedure.

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

La comunicazione istituzionale unica e centralizzata, infine, 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.

2.3) Prevenzione degli incidenti

Gli incidenti sono la prima causa di morte nei giovani. Nei giovani la maggiore causa di morte e' legata agli incidenti stradali.

Per quanto riguarda gli anziani, sappiamo che gli incidenti domestici sono cause prevenibili di disabilita' e di mortalita' 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 morbosita' che di mortalita'. Benché tale fenomeno non sia completamente azzerabile, vi sono ampi

marginari 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 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 morbillo, cosicché 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, e condividere criteri per la scelta dei nuovi vaccini fondati sull'EBP e su scelte che ne graduino la priorità; definire l'offerta essenziale del calendario vaccinale e dei vaccini per le categorie particolari, lasciando alle Regioni l'opzione e l'introduzione di altri preparati, in relazione a particolari condizioni epidemiologiche.

Per quanto riguarda gli anziani le vaccinazioni più importanti sono quelle antiinfluenzale 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.

3. D coordinamento del Piano

3.1) 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:

a) traduzione delle 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;

b) 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;

c) supporto alle singole Regioni, nella definizione dei programmi regionali attuativi;

d) 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.

4. Finanziamento del Piano

4.1) 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.

Oltre a tali risorse le Regioni condividono di mettere a disposizione risorse ulteriori per un ammontare di 200 milioni di euro, attingendo la quota indistinta della delibera CIPE per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007.

Le risorse così disponibili sono riportate nella seguente tabella:

-----> Vedere Tabella a pag. 24 della G.U. <-----

Allegato 3

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 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 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 defnito la formazione continua ed istituito la Commissione nazionale per la formazione continua.

La realizzazione 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.

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.

2. Piano Nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007 Per l'avvio del Piano si condivide il seguente percorso-

- entro il 30 maggio 2005, con specifica Intesa Stato- Regioni, si definiscono le nuove modalità di attuazione dell'ECM in campo nazionale, attraverso la formulazione del Piano Nazionale di aggiornamento del personale sanitario ;
- entro il 30 luglio 2005, le Regioni adottano i provvedimenti per l'attuazione dell'Intesa;
- entro il 30 settembre 2005, le Regioni avviano i programmi attuativi.

I principi cui si dovrà attenere l'Intesa Stato-Regioni sono i seguenti

2.1. La fase attuale può considerarsi di transizione. Per guidarla occorre, dunque, pensare ad una organizzazione dei processi di governo del sistema ECM 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.

2.2. Sempre meno il carattere di "sistema" delle attività ECM è automaticamente assicurato da una definizione normativa solo nazionale e da una centralizzazione basata sul ruolo e sulle attività della Commissione nazionale per la formazione continua; 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 tale carattere di "sistema", riconosciuto in quanto condiviso da tutte le Regioni.

2.3. Le nuove modalità potranno basarsi sul mantenimento e miglioramento della concertazione tra Ministero della salute e Regioni, attraverso:

a) la creazione di:

- un organismo tecnico politico per il coordinamento strategico del sistema nazionale ECM (Centro Nazionale per l'educazione Continua in Medicina);

- di una segreteria operativa di coordinamento a carattere paritetico Ministero Regioni, che opererà in maniera continuativa;

- di un Comitato tecnico permanente, con la partecipazione di tutti i referenti tecnici delle Regioni e delle Province autonome;

b) la definizione delle nuove competenze della Commissione nazionale per la formazione continua.

2.4. Il nuovo organismo sopra delineato avrà il compito di elaborare e coordinare i programmi applicativi del Piano Nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario,

2.5. Il Piano dovrà garantire:

- la ridefinizione degli obiettivi formativi, garantendo, 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,

- la fissazione delle tipologie delle attività formative;

- le modalità per l'accredimento dei provider e le modalità della tenuta dell'albo nazionale dei provider;

- la definizione di un organico intervento formativo nazionale;

- i criteri per l'attribuzione dei crediti,

- l'armonizzazione delle regole già previste nei precedenti accordi;

- il ruolo delle società scientifiche;

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

2.6. 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 (atti rep. 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, (rep. atti n. 1667) e del 20 maggio 2004 (rep. atti n. 1992).

Per l'anno 2005, ai fini del debito formativo, il valore di riferimento dei crediti da acquisire, resta fissato a n. 30 crediti.

2.7. Sono fatti salvi i crediti maturati con la partecipazione ad eventi formativi nel periodo compreso dal 1° gennaio 2005 alla data

della presente intesa.

2.8. Da parte delle singole Regioni, si provvedera' all'adozione e trasmissione al Ministero della salute dei provvedimenti di propria competenza per l'applicazione dell'Intesa.

2.9. Il Piano, anche in considerazione dello sviluppo a livello europeo della specifica problematica, individuera' le possibili soluzioni, anche normative, attraverso le quali utilizzare il ruolo dell'ECM nei processi di rivalidazione dell'abilitazione professionale o di certificazione professionale dei medici e delle altre professioni sanitarie.

2.10. Finanziamento del Piano.

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 condividono di mettere a disposizione sulla quota indistinta ripartita dal CIPE per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007.

Le risorse cosi' disponibili sono riportate nella seguente tabella:

TABELLA

Risorse che le Regioni mettono a disposizione per la realizzazione del Piano Nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007

Regioni	Popolazione	Risorse da quota indistinta della delibera CIPE (importo in euro per ciascuno degli anni 2005, 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