



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

ALLEGATO 2

IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007

Premessa

1. 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 luogo¹.

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

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.

18



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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.

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 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:

- 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 incidenti cardiovascolari, cosicché questi non si ripetano.





Presidenza
del Consiglio dei Ministri

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

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, e questa è una 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.

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 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.

20



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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.

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:

- 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 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*.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Fondamentale elemento, perché 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.

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 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 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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

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, 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 Regione 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 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.

3. Il 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;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

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:

24



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Tabella
**Risorse che le Regioni mettono a disposizione per la 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)	Risorse da 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
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



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

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

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 definito 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.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

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;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

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'accreditamento 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.

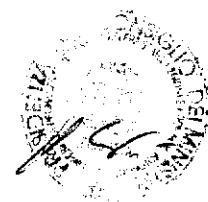
2.7. Sono fatti salvi i crediti maturati con la partecipazione ad eventi formativi nel periodo compreso dal 1° gennaio 2005 alla data della presente intesa.

2.8. Da parte delle singole Regioni, si provvederà 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, individuerà 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



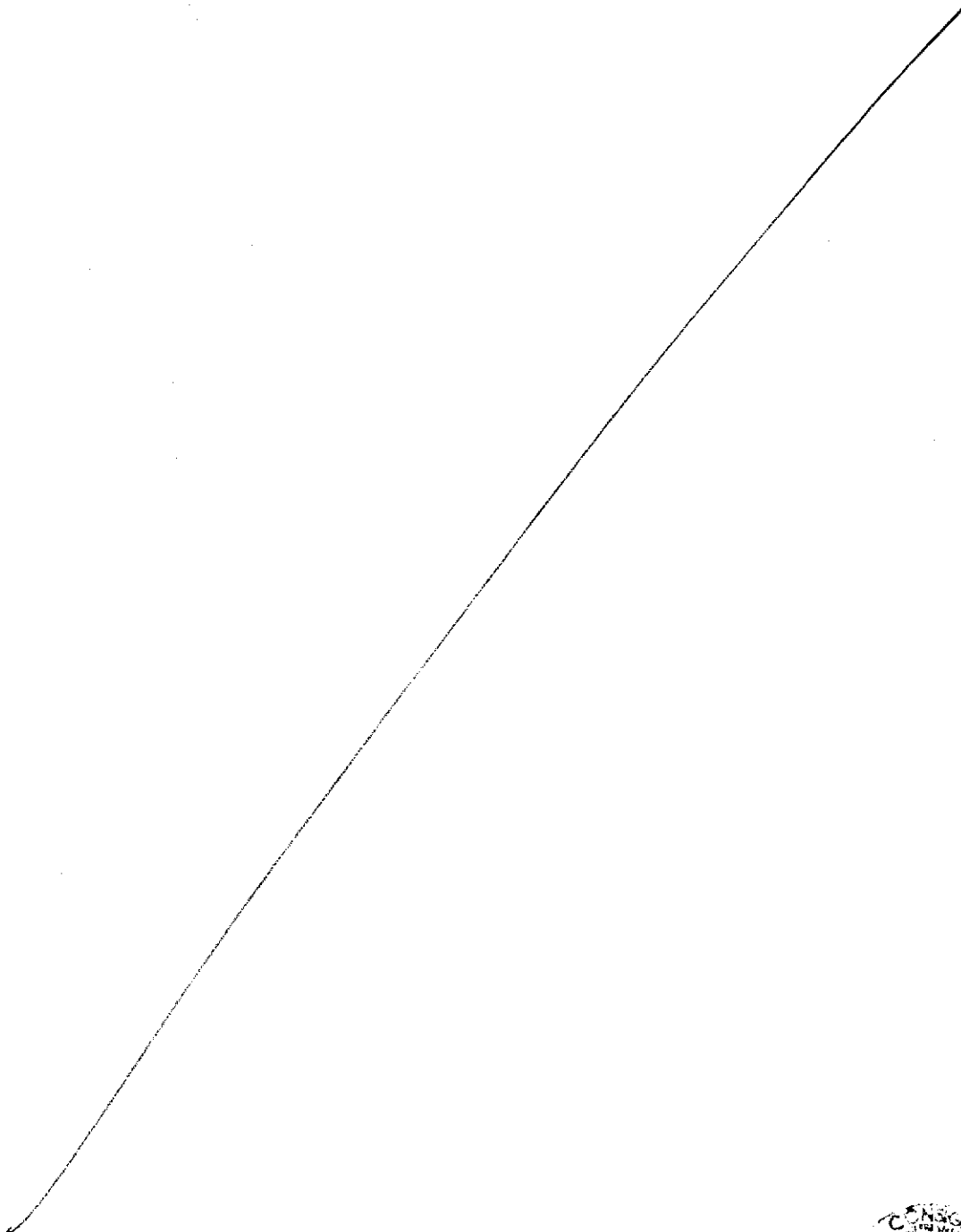


*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

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

Le risorse così disponibili sono riportate nella seguente tabella:





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

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

30