

fettuato 143 riunioni di verifica dell'attuazione dei Piani di Rientro con le Regioni interessate.

Il SiVeAS svolge tre tipi di monitoraggio:

- monitoraggio formale dell'avvenuta adozione dei provvedimenti previsti dal Piano di Rientro;
- monitoraggio di sistema: sviluppo di metodologie basate sulle fonti informative, volte alla valutazione di impatto delle azioni realizzate a livello regionale, in particolare nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, del personale dell'assistenza extraospedaliera, dell'emergenza-urgenza;
- monitoraggio di attuazione: sono stati in particolare affrontati: la Riorganizzazione della diagnostica di laboratorio; l'attuazione dei Punti Unici di Accesso e l'adozione delle Schede di Valutazione Multidimensionale.

7.3. Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza

Il monitoraggio dei LEA per verificare il raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio Sanitario nelle singole Regioni viene effettuato attraverso il "Sistema di Garanzia" (DM 12 dicembre 2001) e la "Verifica Adempimenti" effettuati a cura del Comitato permanente per la verifica dei LEA.

Il DM 12 dicembre 2001, in corso di revisione e aggiornamento, contiene un sistema articolato di indicatori (di input, output, processo e, laddove possibile, outcome) che consente il monitoraggio dell'erogazione dei LEA ai cittadini italiani nei diversi contesti regionali.

Dal 2001 la pubblicazione dei risultati del monitoraggio avviene attraverso un rapporto nazionale ad ampia diffusione, a cadenza periodica annuale, disponibile sul sito del Ministero.

L'altro strumento di valutazione, previsto nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, è rappresentato dalla "Verifica Adempimenti" a cura del Comitato LEA, che nell'area "mantenimento nell'erogazione dei LEA" effettua una valutazione sintetica dell'effettiva erogazione dei LEA su tutto il territorio. A tal fine è stato definito

un set di indicatori (Griglia LEA) per i diversi settori dell'assistenza, annualmente soggetto a revisione da parte di esperti. La selezione degli indicatori riflette, da un lato, la ripartizione delle risorse del SSN tra i livelli di assistenza e, dall'altro, le maggiori indicazioni politico-programmatorie. Nella fase istruttoria, la metodologia di valutazione complessiva comprende un sistema di pesi e assegna dei punteggi rispetto al livello raggiunto dalla Regione nei confronti di standard nazionali. Nel corso della verifica adempimenti 2009 le Regioni appartenenti all'area centro-settentrionale, Lazio escluso, sono risultate adempienti rispetto all'erogazione dei LEA. Nell'area dell'"adempienza con impegno" si collocano quelle Regioni (Basilicata, Sardegna e Puglia) che, pur raggiungendo un livello di punteggio intermedio, nell'anno di verifica successiva dovranno dimostrare di avere assolto agli impegni individuati sulla base delle criticità riscontrate. Rimane critica la situazione delle Regioni del Meridione e del Lazio, che sono considerate inadempienti. Per tali Regioni lo sblocco della situazione di inadempienza è strettamente legato allo sviluppo del Piano di Rientro, in particolare per gli aspetti di criticità individuati.

7.4. Piano Nazionale di Governo dei Tempi di Attesa

Il tema delle liste d'attesa rappresenta uno degli aspetti critici di tutti i sistemi sanitari di tipo universalistico con un livello di assistenza avanzato.

Il nostro Paese considera prioritario ridurre i tempi di attesa nel rispetto dell'appropriatezza clinica e organizzativa e del governo clinico; ciò implica una stretta cooperazione tra Governo e Regioni nel condividere interventi improntati ai criteri di accessibilità ai servizi e tempestività di erogazione delle prestazioni, nel rispetto della garanzia dell'uso delle classi di priorità e della piena attuazione del sistema di prenotazione in rete (CUP).

Tra i vari elementi da considerare nella gestione delle liste di attesa deve essere prevista anche la comunicazione, trasparente e aggiornata, dei dati inerenti tempi e liste

d'attesa. La disponibilità di siti web da parte di quasi tutte le strutture sanitarie consente di disporre di un efficace strumento di informazione e comunicazione, facilmente consultabile.

Il Ministero della Salute ha condotto, nel novembre 2010, la quarta indagine sull'utilizzo della rete internet quale strumento di comunicazione di dati su tempi e liste di attesa nei siti web di Regioni e Province Autonome, ASL, Aziende Ospedaliere, IRCCS e Policlinici, che fa seguito alle tre precedenti rilevazioni svolte nell'ottobre 2005, nel dicembre 2007 e nel novembre 2009. Dall'indagine è emerso che il 44% dei siti web esplorati fornisce dati su tempi e liste d'attesa, con un incremento rispetto alle tre precedenti indagini svolte nel 2005, 2007 e 2009, rispettivamente del 21%, del 22% e del 10%.

Con Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010 è stato condiviso il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012; le Regioni rafforzano il loro impegno per garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Il Nuovo Piano Nazionale rafforza, infatti, tramite la messa a sistema dei flussi informativi disponibili, una serie di interventi in parte già sviluppati nel corso dell'ultimo biennio e in particolare:

- aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole Regioni nell'ambito del proprio Piano;
- individua le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento;
- individua, a garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa, la necessità di procedere, in via sistematica, al monitoraggio della loro presenza sui siti web di Regioni e

Province Autonome e di Aziende Sanitarie pubbliche e private accreditate;

- promuove le modalità di utilizzo della libera professione intramuraria nell'ambito del governo delle liste d'attesa, nonché le attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione;
- individua gli strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa:
 - il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali critiche, prenotate, con modalità *ex ante* da parte del NSIS, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale,
 - il flusso informativo con modalità *ex post* delle prestazioni erogate, attraverso il flusso ex art. 50 della Legge 326/2003,
 - il flusso informativo SDO per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri,
 - il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria.

Il Nuovo Piano Nazionale PNGLA impegna fortemente le Regioni a monitorare i PDT nelle aree cardiovascolare e oncologica in considerazione dei tempi massimi d'attesa sia per la formulazione della diagnosi clinica, sia per l'avvio della terapia appropriata per quelle condizioni patologiche, con lo scopo di verificare che i pazienti abbiano completato i PDT in tempi congrui; i tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica, per almeno il 90% dei pazienti.

7.5. Tempi di attesa nelle patologie cardiovascolari

Il tema dei tempi di attesa nelle patologie vascolari, il loro conseguente abbattimento e la diminuzione delle migrazioni transregionali di pazienti sono stati analizzati nell'ambito di una specifica Commissione istituita presso il Ministero.

Le prescrizioni di esami diagnostici e trattamenti non hanno tutte la stessa priorità: le

prestazioni devono essere erogate secondo criteri di priorità clinica, funzione della gravità della condizione sospetta o accertata ai fini della salvaguardia della salute del paziente. Le Regioni devono identificare percorsi atti a individuare le prestazioni specialistiche con priorità di accesso. Tali priorità sono legate alla gravità della patologia riscontrata dal medico prescrittore, secondo modalità organizzative definite a livello delle singole Aziende Sanitarie sulla base di criteri concordati tra MMG e specialisti.

Nel caso delle patologie cardiovascolari, quando venga individuata una situazione clinica sospetta, devono essere attivati percorsi con rapidità di esecuzione differenziata e proporzionale al rischio per la salute del paziente. Il percorso più appropriato va concordato tra il MMG e lo specialista e deve essere innescato dal MMG. La priorità del percorso successivo deve essere decisa dallo specialista in base a criteri clinici. Si possono classificare le priorità in quattro livelli, ABCD, così definite:

A: Prestazione urgente per la quale l'alternativa è il ricorso al Pronto Soccorso o entro le 72 ore per la possibile gravità del decorso clinico.

B: Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità, da erogare entro 10 giorni.

C: Prestazione la cui tempestiva esecuzione non condiziona la prognosi a breve, ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o disfunzione o disabilità, da erogare entro 30 giorni.

D: Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità.

Le liste di Attesa devono essere distinte in quelle per procedure diagnostiche e quelle per procedure terapeutiche, che presentano numeri e problematiche assistenziali diverse. Le procedure di screening e controllo non rientrano nella prioritarizzazione e non devono essere comprese nelle liste di attesa generali, ma avere un percorso proprio per

ogni Centro che ha eseguito il trattamento o ha fatto la prima diagnosi secondo le Linee guida della specialità.

7.6. Tempi di attesa nelle patologie oncologiche

È necessario che gli esami diagnostici (diagnostica per immagini, endoscopia, patologia clinica) e i trattamenti per pazienti con diagnosi accertata o con fondato sospetto di patologia oncologica abbiano accoglienza prioritaria rispetto ad altre patologie. Con esclusione delle emergenze in oncologia, di carattere sia chirurgico sia medico, condizioni che naturalmente rivestono priorità temporale assoluta, nell'ambito della patologia tumorale si possono identificare 4 diversi gruppi di pazienti:

■ priorità diagnostiche urgenti (entro 3 giorni):

- pazienti con patologia oncologica in rapida evoluzione/sintomatica,
- complicanze gravi correlate ai trattamenti erogati;

■ priorità diagnostiche per un'adeguata programmazione terapeutica (entro 10 giorni):

- pazienti con diagnosi accertata o sospetta di patologia tumorale o di recidiva/ricaduta,
- pazienti in stadiazione iniziale o per recidiva/ricaduta di patologia neoplastica,
- rivalutazione in corso o alla fine di trattamento antitumorale;

■ follow-up di pazienti già trattati per patologia neoplastica (entro i limiti definiti dalle Linee guida);

■ screening organizzato/screening opportunistico (entro i limiti definiti dalle Linee guida).

Le condizioni relative ai gruppi A e B sono prioritarie. Le condizioni definite come C e D non sono prioritarie: per indicazioni e tempistiche si rimanda alle Linee guida nazionali e internazionali. Non rivestono carattere di priorità neanche le prestazioni richieste per pazienti che non presentano sintomi specifici.

Per quel che attiene alle liste di attesa per gli esami di screening, sarebbe auspicabile che fossero separate da quelle delle altre ca-

tegorie e, ove possibile, che questi esami venissero praticati in strutture specificamente dedicate e certificate per queste attività.

I pazienti candidati a un percorso privilegiato (Gruppo A e B) potrebbero essere identificati con metodi opportuni e di immediata riconoscibilità. Essendo fondamentale la diagnosi cito-istologica ai fini di un'adeguata stadiazione e programmazione terapeutica, la tempistica di questi esami deve essere estremamente celere (massimo 7 giorni).

Per quel che riguarda le liste di attesa terapeutiche, il problema del loro abbattimento è più complesso e non facilmente risolvibile in tempi brevi senza una profonda riorganizzazione del sistema assistenziale. Le implicazioni e i mezzi di controllo sono molto complessi e differenti tra chirurgia, chemioterapia e radioterapia.

Anche nel caso della chirurgia e chemioterapia si possono distinguere tipologie differenti di pazienti per i quali vanno considerate priorità diverse in rapporto al quadro clinico e all'evoluitività/aggressività della malattia. Andrebbero rispettate tali tempistiche:

- **priorità terapeutica urgente (entro 3 giorni):**
 - pazienti con patologia tumorale aggressiva/rapidamente evolutiva;
 - paziente con patologia altamente sintomatica;
 - complicanze terapeutiche;
- **priorità terapeutica standard (entro 15 giorni):**
 - pazienti a cui sia stata diagnosticata una patologia neoplastica/recidiva tumorale e che necessitano di trattamento specifico. Questo gruppo include la maggior parte delle condizioni cliniche che occorrono nei tumori solidi e una parte significativa di quelle dell'oncoematologia. Si tratta di patologie che, soprattutto se in fase operabile, si giovano di un trattamento estremamente tempestivo;
- **priorità terapeutica bassa (entro 30 giorni):**
 - pazienti con patologia tumorale a bassa aggressività, per i quali un ritardo nell'inizio del programma terapeutico non influenza la prognosi;

- **approccio terapeutico palliativo (entro 60 giorni):**

- pazienti asintomatici candidati a terapie palliative per i quali non è richiesto un trattamento in tempi brevi.

I gruppi A e B rappresentano le priorità terapeutiche. In questi gruppi non è comunque consentito un ritardo superiore a 3 o 15 giorni rispettivamente dal termine del work-up diagnostico/stadiazione per attivare la procedura terapeutica ottimale.

I gruppi C e D non costituiscono priorità, anche se va comunque considerata una tempistica terapeutica da rispettare.

Per quanto riguarda l'esecuzione della radioterapia possono essere presi in considerazione i seguenti parametri:

- **trattamenti da iniziare entro 15 giorni:**
 - presenza di elementi clinici che fanno ritenere l'attesa prevista potenzialmente a rischio di compromettere la probabilità di ottenere il risultato terapeutico programmato,
 - trattamenti eseguiti con finalità sintomatica;
- **trattamenti da iniziare entro 30 giorni:**
 - trattamenti elettivi eseguiti con finalità curative;
- **trattamenti da iniziare oltre i 30 giorni:**
 - trattamenti adiuvanti programmati e inseriti in strategie di terapie integrate sequenziali.

Appropriatezza dei trattamenti

- **Diagnostica.** L'appropriatezza della diagnostica per le patologie oncologiche viene stabilita dal medico curante (MMG, specialista) e verificata dal medico specialista in diagnostica per immagini (radiologo, medico nucleare), dagli specialisti in endoscopia; l'assunzione di responsabilità è pertanto duplice (meccanismo di controllo); in particolare, l'appropriatezza della scelta e/o dell'eventuale sequenza di indagini prioritarie va riferita a Linee guida consolidate ("La diagnostica per immagini. Linee guide nazionali di riferimento" a cura di SIRM, AIMN, AINR, ASSR); come previsto dalle normative vigenti, queste scelte sono responsabilità del medico prescrittore, ma an-

che del medico specialista in diagnostica per immagini, che può modificare la tipologia di indagine. In questo modo si identificano caratteristiche di appropriatezza per l'accesso dei singoli pazienti così come il corretto iter diagnostico.

- **Trattamenti chirurgici.** Di fronte alla possibilità che pazienti, le cui caratteristiche escluderebbero la chirurgia, possano essere comunque considerati per questo trattamento, è preminente l'applicazione di Linee guida nazionali e internazionali sull'indicazione degli interventi chirurgici in oncologia e l'insegnamento della correttezza professionale, l'aggiornamento scientifico e la verifica costante dei parametri indicativi per l'appropriatezza delle attività chirurgiche stesse. L'appropriatezza nelle indicazioni potrebbe essere garantita dalla condivisione delle decisioni per effetto del lavoro di team multidisciplinari che periodicamente si riuniscono per discutere i singoli casi clinici e il loro trattamento nell'ambito di protocolli standard o sperimentali. Si potrebbe anche ipotizzare l'istituzione di organismi di vigilanza composti da un adeguato numero di professionisti autorevoli nel settore della chirurgia e dell'oncologia, esterni all'Istituzione, che dovrebbero avere anche il compito di redigere relazioni periodiche sulle attività svolte in ogni presidio ospedaliero. Le esperienze di altri Paesi sono particolarmente favorevoli in merito ai risultati ottenuti con questo sistema di audit. Andrebbero emesse raccomandazioni specifiche, diffuse anche alla comunità dei cittadini e degli ammalati sui requisiti minimi di esperienza, in termine di volume di interventi effettuati dalle singole equipe chirurgiche negli anni precedenti nelle singole patologie, relativamente agli interventi nel settore dell'oncologia. Tali raccomandazioni potrebbero poi costituire fattori determinanti l'accreditamento e certificazione della struttura per l'esecuzione degli atti chirurgici stessi, e quindi per il trattamento di singole patologie tumorali (strutture di eccellenza).

■ **Radioterapia.** La categoria nella quale il paziente deve essere considerato (tipo e stadio della malattia, stato del paziente ecc.) per adire alle "priorità" delle "liste di programmazione" viene individuata dal medico curante (medicina generale, specialista) e verificata dal medico specialista in radioterapia: l'assunzione di responsabilità è pertanto duplice (meccanismo di controllo). In particolare, l'appropriatezza della scelta va riferita a Linee guida consolidate (NCI, AIRO, AIOM ecc.). Come previsto dalle normative vigenti, queste scelte sono responsabilità del medico prescrittore, ma anche del medico specialista in radioterapia che può modificare la tipologia di trattamento. L'eventuale scostamento della tipologia della radioterapia attuata va motivata dal radioterapista.

■ **Trattamenti medici.** Anche in questo caso le richieste di trattamento medico, di cui alle priorità sopraelencate, devono essere verificate dall'oncologo; l'assunzione di responsabilità è pertanto duplice. È auspicabile la verifica circa l'appropriatezza delle prestazioni e delle prescrizioni sulla base delle Linee guida elaborate dalle Società scientifiche del settore (AIOM, ESMO, ASCO).

Da un punto di vista generale, ai fini dei controlli e delle verifiche di appropriatezza bisogna mettere in atto queste possibili iniziative:

- avere una mappa chiara delle liste di attesa e della loro evoluzione nel tempo, sia a livello delle singole Istituzioni ospedaliere sia a livello di ogni singola Regione;
- in caso di riscontro di inapproprietezza da parte delle Commissioni di controllo, all'uopo istituite, devono essere valutati meccanismi punitivi;
- dovrebbe essere incentivata la strutturazione della rete oncologica regionale dei servizi clinico-assistenziali coordinata dalle Strutture oncologiche di eccellenza con l'individuazione dei Dipartimenti Oncologici su base territoriale, anche interaziendali. Tale rete, oltre a favorire un'attività assistenziale di più elevato livello, deve garantire il contenimento dei tempi di attesa come sopradefiniti e dei

costi, grazie a una maggiore appropriatezza delle indicazioni, sempre concordate nell'ambito di team multidisciplinari.

7.7. *Appropriatezza delle prestazioni*

Negli ultimi anni si è sviluppata una crescente attenzione e sensibilità delle istituzioni sull'importanza dello studio dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a carico del SSN e, in particolare, della ricerca di indicatori in grado di misurare alcuni aspetti della qualità delle prestazioni e dell'utilizzo delle risorse sanitarie, al fine di promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e dell'assistenza erogata.

Nell'ambito del Progetto SiVeAS sono state sviluppate a tale proposito diverse metodologie di analisi, fra cui la "Valutazione delle performance dei servizi sanitari regionali", sviluppato dal Laboratorio Manage-

ment e Sanità della Scuola Superiore S. Anna di Pisa, e l'"Analisi della variabilità dei ricoveri ospedalieri". La prima prevede l'impiego di un set di 34 indicatori afferenti all'assistenza farmaceutica, ospedaliera, distrettuale e collettiva/prevenzione con particolare riguardo alla misura dell'appropriatezza, nell'accezione sia clinica sia organizzativa e dell'efficienza dell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Gli indicatori vengono poi rappresentati su un grafico "a bersaglio", per un'immediata comprensione della situazione complessiva della Regione in esame. La seconda di esse, analizzando la variabilità dei tassi di ospedalizzazione nelle diverse aggregazioni territoriali, consente di individuare le prestazioni che, essendo caratterizzate da un'elevata variabilità sul territorio, non spiegabile in termini epidemiologici, potrebbe essere in-

Figura. Grafico "a bersaglio".

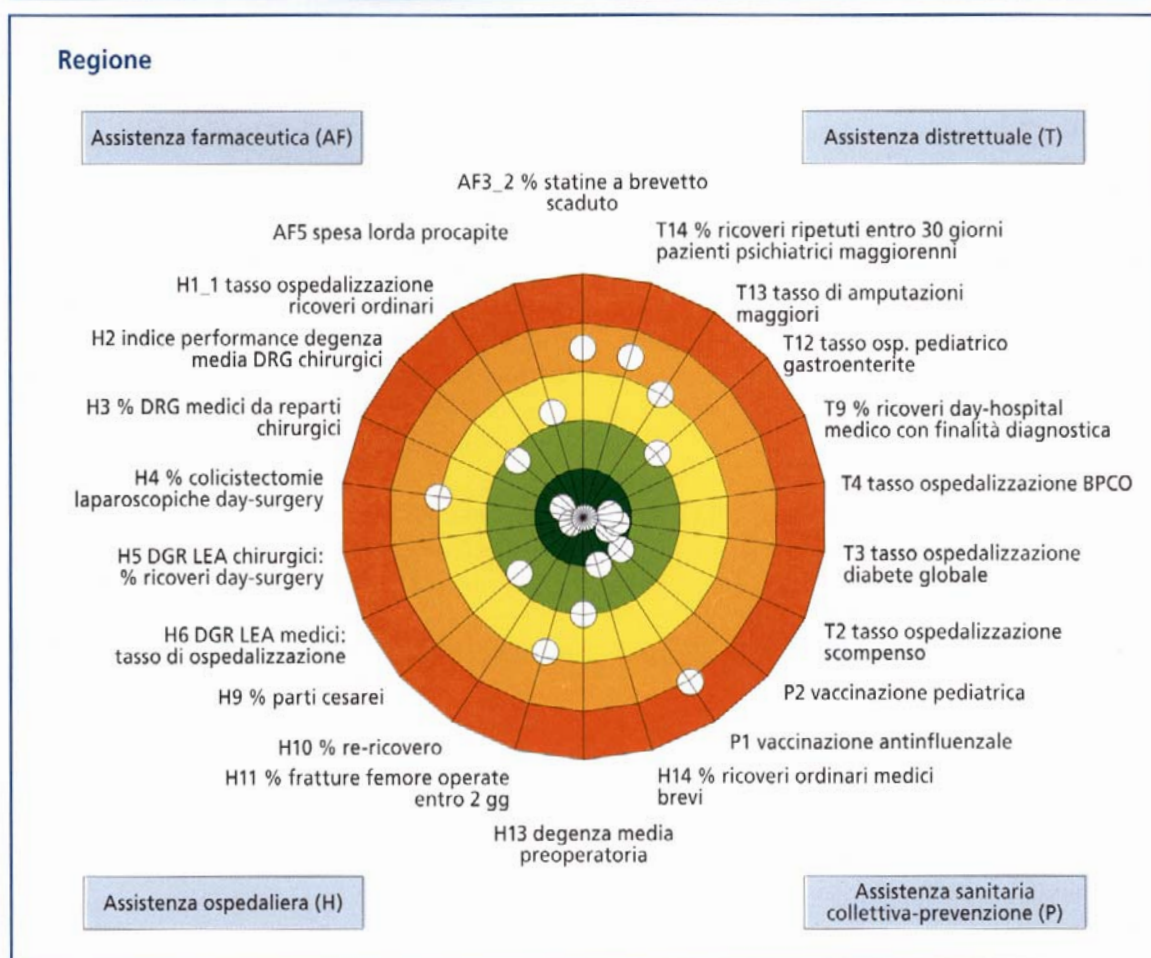
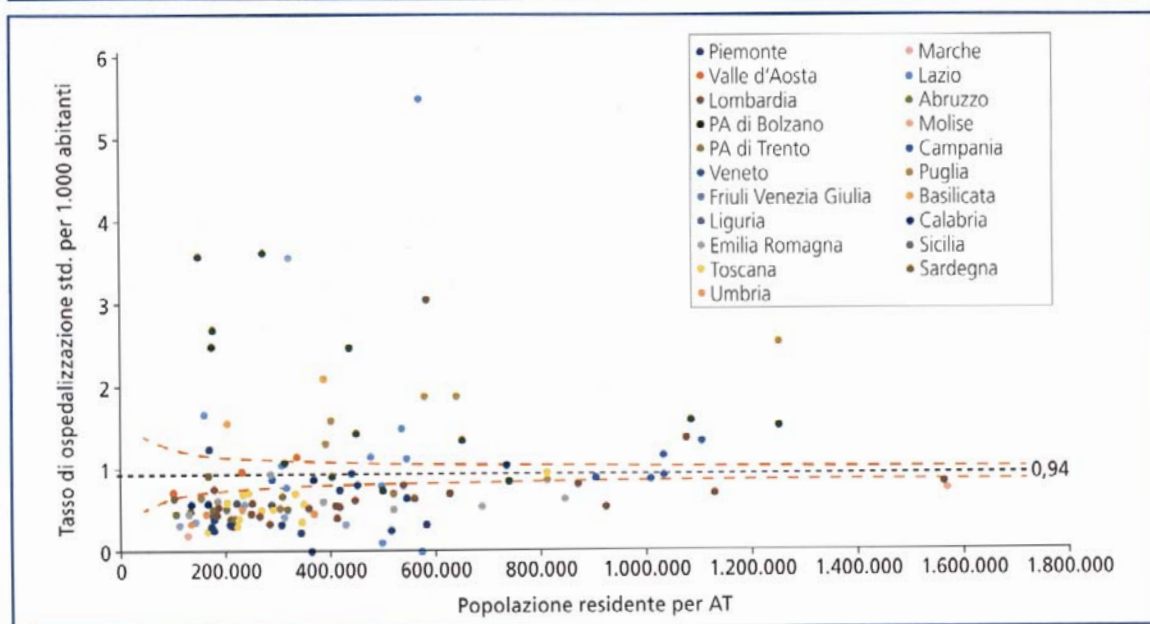


Figura. Diabete mellito con complicanze – ACC 2007 diagnosi 0050 (Anno 2009).

dice di potenziale inappropriatezza.

Il Patto per la Salute 2010-2012 introduce un ampio set di indicatori, fra cui alcuni specificamente destinati al monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa, aggiornando inoltre la lista di DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario.

Su questa materia il Ministero ha recentemente curato la pubblicazione degli indicatori di appropriatezza organizzativa di cui all'allegato 3 del Patto per la Salute, e il "Programma Operativo Appropriatezza", ampio studio e sperimentazione di indicatori per determinare il grado di appropriatezza delle prestazioni di ricovero dovute a carenze delle altre forme di assistenza, sulla base dei dati del flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Tutti gli indicatori sono stati calcolati con riferimento ai ricoveri ospedalieri effettuati nel periodo 2001-2009, per consentire una più accurata interpretazione dei risultati e una lettura più corretta della dimensione "appropriatezza", e sono disponibili sul portale del Ministero della Salute nella sezione dedicata ai ricoveri ospedalieri.

In questo contesto, il Ministero riveste un ruolo di primaria importanza come garante della trasparenza del SSN promuovendo

la collaborazione fra Stato e Regioni per il continuo miglioramento dei flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario e per l'impiego per finalità di analisi, monitoraggio e controllo dell'erogazione dell'assistenza e di supporto all'attività di programmazione sanitaria.

7.8. Appropriatezza e relative Linee guida nelle patologie oncologiche

La definizione di criteri di appropriatezza in oncologia ed emato-oncologia e l'emana-zione di Linee guida condivise su tali criteri rappresentano la base per l'omogeneizzazione delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale.

Il risultato finale di questo processo dovrebbe indurre non solo un miglioramento degli standard assistenziali, ma anche un migliore utilizzo e razionalizzazione delle risorse disponibili, con una complessiva riduzione della spesa sanitaria per prestazioni diagnostiche e terapeutiche superflue. Quello che va ricercato è un equilibrio fra innovazione e risultati in un contesto scientificamente validato che consenta di offrire le nuove tecnologie solo a chi realmente ne può beneficiare.

Per cercare di uniformare gli standard assistenziali è indispensabile definire criteri di

appropriatezza per la diagnosi, la stadiazione, le modalità terapeutiche, l'approccio per stadio, gli esami di follow-up, cercando così di dare una visione globale della gestione del paziente per ogni singola patologia, garantendo a tutti i cittadini di ricevere il "meglio" nella loro situazione clinica e non il "tutto" in maniera acritica.

Tale ricerca non può prescindere da una multidisciplinarietà che coinvolga nella decisione diagnostica e terapeutica tutte le figure professionali, dal medico di medicina generale allo specialista radiologo/medico nucleare, al patologo, al chirurgo, all'oncologo medico, al radioterapista fino al terapista del dolore e al medico di cure palliative. L'identificazione dei criteri di appropriatezza dovrebbe anche consentire di ridurre, e possibilmente eliminare, il gap ancora esistente fra le varie Regioni italiane e fra diverse aree delle stesse Regioni.

Tutto questo va attuato in sintonia con il cosiddetto Piano Oncologico Nazionale, che prevede una "presa in carico" globale del paziente oncologico da parte del Sistema Sanitario Nazionale, grazie anche a un progressivo e costante spostamento del paziente dal ricovero ospedaliero alla gestione ambulatoriale e domiciliare.

I criteri di appropriatezza vanno definiti per tutte le patologie oncologiche ed emato-oncologiche. Il Quaderno del Ministero della Salute n. 3 "Appropriatezza diagnostico-terapeutica in oncologia" rappresenta un modello su cui sviluppare le successive flow-chart con la collaborazione di esperti "scientificamente riconosciuti" nell'ambito delle diverse patologie e con un coinvolgimento realmente multidisciplinare. L'obiettivo dovrebbe essere quello di "costruire" percorsi diagnostico-terapeutici per le varie entità, che, da una parte, tengano conto delle risorse disponibili, ma che, dall'altra, "obbligino" il medico a seguirle da un punto di vista sia di indicazione sia di tempistica per l'effettuazione delle varie procedure siano esse diagnostiche, che di stadiazione o di tipo terapeutico.

Ovviamente al clinico non può essere ridotta l'autonomia della decisione, che può essere non in sintonia con flow-chart e per-

corsi diagnostico-terapeutici; in tali casi è però indispensabile che tale scelta venga chiaramente motivata.

Tutto questo non può avvenire al di fuori di una logica di Rete di patologia, già attivamente presente in diverse realtà regionali italiane. I vantaggi sono facilmente intuibili non solo in termini di coerenza assistenziale e di riduzioni di sprechi, ma anche in un'ottica di creazione di Centri di eccellenza o di *Comprehensive Cancer Centers* a cui indirizzare, eventualmente, pazienti con patologie particolari, per esempio tumori rari, o con particolari situazioni cliniche, per esempio pazienti con multimorbilità.

7.9. Appropriatezza e relative Linee guida nelle patologie cardiovascolari

L'appropriatezza dell'assistenza nelle patologie cardiovascolari è stata oggetto di specifico approfondimento nell'ambito di un gruppo di lavoro scientifico istituito presso il Ministero della Salute. Il documento finale ha fornito gli elementi necessari per la definizione di standard adeguati per la struttura e organizzazione funzionale dell'assistenza alle malattie cardiovascolari, indicando le procedure e gli indicatori considerati irrinunciabili ai fini dell'accreditamento. Il modello fondamentale è la rete integrata dei servizi e la definizione dei bacini di utenza, da realizzarsi attraverso il massimo raccordo operativo e funzionale di tutte le strutture interessate alla diagnosi, terapia e prevenzione delle malattie del sistema cardiovascolare al fine di consentire al paziente un inquadramento complessivo della malattia e l'identificazione di un percorso diagnostico e terapeutico che non resti confinato solo entro stretti ambiti disciplinari. Il modello previsto è il modello della rete Hub & Spoke, che prevede la definizione di una serie di caratteristiche essenziali, quali per esempio la definizione dell'estensione territoriale, il livello della soglia assistenziale delle diverse strutture, la definizione dei protocolli assistenziali.

Compito della programmazione è quello di integrare le varie fasi della promozione della salute cardiovascolare, fornendo al citta-

dino punti di accesso al sistema adeguati, all'interno di un'organizzazione dipartimentale garante dell'efficacia e completezza dei percorsi assistenziali e della gradualità delle cure. Sono definite le funzioni, le competenze professionali richieste, i percorsi per il paziente acuto, gli standard operativi e strumentali, l'organizzazione delle diverse componenti funzionali che costituiscono la rete integrata dei servizi per l'assistenza alle malattie cardiovascolari: la rete per il cardiopatico acuto e dell'emergenza cardiologica, in cui sono anche delineati i percorsi per il paziente acuto, la rete per il cardiopatico cronico con l'integrazione tra ospedale e territorio, la rete per la riabilitazione nella fase post-acuta e per la prevenzione secondaria a lungo termine, la cardiologia in età pediatrica.

Per quanto attiene alla cardiocirurgia, questa branca ha come obiettivo e responsabilità la presa in carico del paziente cardiopatico che necessita di trattamento chirurgico nella fase sia acuta sia cronica e in questi pazienti condivide con la Cardiologia i percorsi di diagnosi e di trattamento. L'attività dei Centri di Cardiocirurgia si inserisce, con una funzione specifica, sia nella rete dell'emergenza cardiologica sia nella rete del cardiopatico cronico. Per la cardiocirurgia vengono definite le patologie il cui ricovero è appropriato, i fabbisogni di procedure e i volumi di attività, la stima della domanda, l'organizzazione e l'ottimizzazione dell'offerta.

Sono poi definiti i criteri di appropriatezza di Cardio-TC e Cardio-RM e le caratteristiche delle strutture di chirurgia vascolare, di radiologia interventistica e i percorsi assistenziali e requisiti strutturali nelle patologie cerebrovascolari.

7.10. Sistema di valutazione e monitoraggio della qualità dell'assistenza e delle performance dei sistemi sanitari

La qualità del sistema sanitario è il risultato di un approccio multidimensionale mirato al ciclo continuo di miglioramento di sei diverse aree: accessibilità, efficacia, efficienza, equità, sicurezza, accettabilità/centratura sul paziente.

La valutazione della performance è il processo attraverso il quale la qualità viene monitorata e/o valutata in termini di raggiungimento degli obiettivi prefissati.

A livello nazionale il sistema di Monitoraggio dei LEA rappresenta un importante e fondamentale sistema strutturato di valutazione multidimensionale, punto di riferimento per lo sviluppo di strumenti e metodologie finalizzati a migliorare l'efficacia della verifica del sistema di garanzie e tutela affidati al livello centrale.

Sempre a livello nazionale, i sistemi strutturati di valutazione della performance già implementati su dati nazionali sono due:

- valutazione della performance dei Servizi Sanitari Regionali;
- Programma Nazionale Esiti.

Il "Programma Nazionale Esiti (PNE-2) valutazione degli esiti dell'assistenza ai tumori e delle cure primarie a patologie croniche" rappresenta lo sviluppo di un percorso avviato con il progetto Mattone n. 8 – Misura dell'Outcome, che aveva come obiettivo quello di valutare comparativamente e sistematicamente gli esiti di interventi sanitari sia a livello degli erogatori (produzione) sia a livello di popolazione (committenza). Sulla base delle raccomandazioni e dei risultati prodotti dal "Progetto Mattoni del SSN - Misura dell'Outcome" si sono sviluppati:

- nel 2008 il programma PROGRESSI (PROGRamma ESiti), che intendeva sviluppare ulteriormente la metodologia per la produzione di stime di esito a livello nazionale e gli strumenti necessari per la valutazione dell'outcome;
- nel 2009 il programma "Valutazione della performance: programma di Valutazione delle decisioni e delle attività delle strutture sanitarie - PNE1" finanziato con i fondi CCM.

L'AgeNaS è impegnata, su mandato del Ministero della Salute e delle Regioni, nello sviluppo di un sistema di monitoraggio della performance della qualità delle prestazioni. Sulla base dell'analisi della letteratura e delle esperienze internazionali e nazionali è stato condiviso un macromodello fondato su 4 assi di tutela e garanzia del SSN:

- salute (tutela salute e garanzia dei livelli di assistenza) ⇒ efficacia;
- risorse (garanzia buon uso delle risorse economico-finanziarie) ⇒ efficienza;
- diritti (garanzia soddisfazione utenti e partecipazione cittadini) ⇒ *empowerment*;
- valori (contrastare le disuguaglianze nella salute) ⇒ equità.

Sulla base degli assi sono stati selezionati 237 indicatori totali che verranno sottoposti all'attenzione delle Società scientifiche e associazioni professionali per una loro condivisione. Si prevede, inoltre, un diretto coinvolgimento delle associazioni di rappresentanza dei cittadini per gli indicatori riferiti al criterio *empowerment*. Tutti gli indicatori, le modalità di analisi e i modelli di *data dictionary* verranno sottoposti alla preventiva approvazione da parte dei referenti delle Regioni per una loro validazione, prima di essere pubblicati sui siti web del Ministero della Salute e di AgeNaS.

L'adozione dei sistemi di valutazione nelle Regioni italiane appare oggi ripartita tra:

- sistemi strutturati di valutazione multidimensionale;
- sistemi misti a supporto di uno o più livelli di assistenza o di specifiche dimensioni della qualità dell'assistenza;
- sistemi collegati direttamente ai Piani di Rientro.

Nelle Regioni sottoposte a Piano di Rientro gli indicatori legati alle azioni di risanamento e agli adempimenti LEA costituiscono il riferimento centrale di ogni procedura di valutazione.

A livello di coinvolgimento nella valutazione dei portatori di interesse (*stakeholders*), le Regioni appaiono nettamente orientate verso i livelli direttivi e le reti dei professionisti, con un coinvolgimento marginale dei settori trasversali e dei cittadini.

La varietà dei sistemi di valutazione della performance disponibili attualmente nelle Regioni italiane rappresenta una risorsa importante del sistema sanitario che, nonostante la veloce evoluzione e la precaria stabilità di alcune delle soluzioni esistenti, può permettere di cogliere le opportunità migliori in maniera equa e trasparente solo

attraverso un'ulteriore azione di coordinamento. La funzione di "*stewardship*", promossa dall'OMS, rappresenta una responsabilità precisa del SSN attraverso la quale garantire trasparenza e *accountability* a tutti i livelli tramite il rafforzamento delle attività di monitoraggio, la pubblicazione dei risultati e la disseminazione delle migliori pratiche su base nazionale.

7.11. La soddisfazione dei cittadini per il Servizio Sanitario Nazionale

Qualità dei servizi e soddisfazione dell'utente rappresentano elementi fortemente correlati tra loro. In sanità la *customer satisfaction* dovrebbe costituire uno dei principali segnali rispetto al raggiungimento degli obiettivi.

L'indagine condotta dal Ministero della Salute attraverso il Censis sulle aspettative, le opinioni e le valutazioni degli italiani sulla sanità, presentata nel corso dell'anno 2010, ha permesso di raccogliere una serie di informazioni inedite sulla qualità percepita e la soddisfazione dei cittadini. L'analisi dei dati raccolti mostra in modo chiaro tre aree distinte per diverso grado di soddisfazione. Per la maggioranza degli italiani la relazione con il SSN è molto positiva per quanto riguarda i servizi di primo accesso (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, farmaceutica territoriale). Zone di problematicità si riscontrano per l'area del ricovero, in particolare per lo svantaggio delle Regioni meridionali in termini di presenza degli ospedali e dei pronto soccorso e delle Regioni centrali per quanto concerne l'accessibilità dei servizi ospedalieri e di emergenza, in riferimento ai tempi di attesa. Decisamente più critiche le valutazioni rispetto ai nuovi servizi territoriali, e in particolare alle aree di integrazione socio-sanitaria e di sostegno alle cronicità.

Se è vero che in media 3 italiani su 4 ritengono poco o per nulla frequenti i casi di malasanità, va rilevato che questa quota si riduce al 58,3% al Sud e nelle Isole, mentre si attesta intorno al 90% circa nelle Regioni settentrionali.

Le esperienze raccolte tra i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto cure ospe-

daliere in regime di ricovero indicano in larghissima maggioranza che i pazienti sono sostanzialmente soddisfatti per la qualità dei servizi ricevuti.

Nell'ambito di una relazione complessivamente positiva, si evidenziano alcuni malfunzionamenti e distorsioni nell'erogazione dei servizi ospedalieri. Le modalità di accesso al ricovero programmato risultano, per esempio, ancora frequentemente condizionate da ambiguità dei percorsi di presa in carico.

Altri segnali di criticità nell'assistenza sono stati rilevati a proposito della quotidianità nei reparti, rispetto alla quale è l'8,0% (il 14,5% al Mezzogiorno) ad aver passato almeno una giornata senza essere visitato né ricevere trattamenti medici e senza che gli fosse chiaro il motivo, mentre è l'11,5% (il 18,1% al Sud e Isole) a indicare di avere ricevuto informazioni differenti da diversi medici.

Ma è soprattutto dall'analisi dei giudizi espressi sulle modalità di prenotazione e sulle liste di attesa degli accertamenti che emergono i fattori più problematici. Infatti:

- in modo piuttosto omogeneo tra le varie macroaree (seppure con valori più marcati al Sud e Isole) gli utenti si sono rivolti in quote minoritarie ai Centri di Prenotazione Unica (CUP) regionali (complessivamente il 31,0%) o aziendali (il 21,3%), preferendo recarsi direttamente presso la struttura (il 47,7% del campione nazionale, dato che raggiunge il 59,2% al Mezzogiorno);
- tra chi si è rivolto al CUP regionale, il 57,5% ha indicato di aver dovuto attendere a lungo in linea prima di poter parlare con l'operatore, mentre tra chi si è recato direttamente presso la struttura in cui aveva scelto di sottoporsi all'esame diagnostico il 48,7% (il 55,4% al Sud e nelle Isole) ha dichiarato di aver atteso oltre 20 minuti allo sportello;
- il 36,4% ritiene di aver dovuto attendere troppo tempo in lista di attesa e il 17,5% pensa che se non ci fosse stata lista di attesa, o se questa fosse stata più breve, il suo percorso terapeutico sarebbe stato migliore, e che la lista di attesa abbia

avuto delle ripercussioni negative sulle opportunità di cura.

Nel sistema di erogazione dei servizi diagnostici ambulatoriali, le liste di attesa costituiscono, nell'opinione degli utenti intervistati, l'aspetto che più necessita di un intervento migliorativo: è infatti il 70,6% degli intervistati a esprimersi in questo senso. Il 27,2% indica invece gli investimenti in macchinari più nuovi ed efficienti, mentre circa un quarto del campione indica l'organizzazione degli appuntamenti (25,5%), e una percentuale pressoché analoga fa riferimento all'organizzazione del sistema di prenotazione (25,9%); rimane invece residuale la percentuale relativa alla disponibilità e alla formazione del personale (6,7%). Nel complesso, il giudizio espresso dai cittadini italiani su servizi e prestazioni del SSN appare positivo. La natura stessa del SSN, universale e gratuito, appare la ragione essenziale della fiducia dei cittadini.

È con ogni probabilità per questo motivo che, proprio nelle articolazioni più capillari e accessibili del servizio, quali la medicina generale e la farmaceutica territoriale, si rilevano le percentuali più alte di fiducia. Nello stesso tempo è la mancata accessibilità, legata alle liste di attesa o alla disponibilità dell'offerta, a costituire nell'opinione degli italiani l'elemento di criticità più marcato.

Affinché un sistema di valutazione della qualità e di soddisfazione dal punto di vista degli utenti diventi uno strumento reale di miglioramento continuo della qualità dell'offerta, è fondamentale che le opinioni dei cittadini siano parte integrante di un sistema di monitoraggio costante e sistematico, che permetta di costruire indicatori ed elaborare metodologie capaci di intercettare i segnali del malfunzionamento e di individuare i margini di miglioramento.

8. Sanità in rete

Il tema della sanità in rete – o sanità elettronica – è da tempo al centro di numerose azioni a tutti i livelli: europeo, nazionale, regionale e locale, finalizzate alla diffusione dell'*eHealth*, quale strumento abituale per operatori, pazienti e cittadini per il miglio-

ramento della qualità dell'assistenza e della produttività del settore sanitario, con positive ricadute anche in termini di sostenibilità dei sistemi sanitari nel loro complesso.

In Italia, le iniziative in corso risultano coerenti con l'approccio strategico dell'UE e si collocano nel contesto della cornice strategica definita dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario, dal Piano di Sanità Elettronica e dal sistema Tessera Sanitaria.

Il disegno della sanità in rete dei prossimi anni non può prescindere dall'evoluzione in atto della cornice strategica di riferimento a livello nazionale: il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

La necessità di disporre, attraverso lo sviluppo della sanità elettronica, di sistemi informativi sul territorio in grado di generare e mettere a disposizione, nell'ambito del NSIS, i dati relativi alle prestazioni erogate ai cittadini con qualità, tempestività e affidabilità adeguate è oggi più che mai stringente in relazione ai compiti istituzionali del Ministero della Salute, ribaditi anche dalla Legge 172 del 13 novembre 2009, recante "Istituzione del Ministero della salute e incremento del numero complessivo dei Sottosegretari di Stato", volti al monitoraggio della qualità delle attività sanitarie regionali con riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni erogate. Non solo, tale necessità viene confermata anche dal D.Lgs. recante "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", in corso di definizione, che all'art. 22, comma 2, dispone che "per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali si fa riferimento agli elementi informativi presenti nel NSIS". Nel contesto della situazione riscontrata nei diversi ambiti regionali, in termini di maturità dei sistemi informativi regionali, di differenziazione delle modalità di utilizzo dell'innovazione tecnologica in funzione degli specifici modelli organizzativi implementati nei Sistemi Sanitari Regionali, nonché delle differenti capacità di investimento da parte delle Regioni, è opportuno che gli sforzi progettuali, attuali e futuri, abbiano

quali denominatori comuni, da un lato, la dematerializzazione dei documenti sanitari e, dall'altro, l'armonizzazione delle soluzioni di sanità in rete. A tal fine, è fondamentale anche agevolare la condivisione delle iniziative intraprese sul territorio nazionale e la messa a sistema delle migliori pratiche. Per quanto riguarda la dematerializzazione dei documenti sanitari, il Ministero della Salute sta conducendo una serie di attività e ha elaborato un documento recante "Linee guida per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini". Tale documento è stato redatto da un gruppo di lavoro che ha visto la partecipazione, oltre che di esperti del Ministero e di altre Amministrazioni centrali, anche di rappresentanti di Associazioni e Società scientifiche di settore. Il documento predisposto ha l'obiettivo di fornire ai Direttori Generali, ai Direttori Sanitari, ai Direttori/Responsabili dei Sistemi Informativi e dei Dipartimenti e Unità Operative di Diagnostica per Immagini, Radiologia, Medicina Nucleare, le Linee guida per poter gestire la documentazione clinica testuale e iconografica, ottenuta direttamente in formato digitale, nel rispetto delle attuali normative, nonché prescrivere direttive pratiche e di fattibilità per realizzare la completa dematerializzazione dei referti e delle immagini di diagnostica. Sul documento è stato acquisito il parere formale di DigitPA (già CNIPA) e del Garante per la protezione dei dati personali. Tale documento, attualmente in corso di condivisione con le Regioni, sarà oggetto di Intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni. Il Ministero sta inoltre pianificando la predisposizione di ulteriori Linee guida a supporto della documentazione clinico-sanitaria, a partire dagli esiti degli esami di laboratorio.

Per quanto concerne l'armonizzazione delle soluzioni di sanità in rete, il Ministero della Salute ha individuato una serie di ambiti di intervento prioritari per favorire, coerentemente con il quadro strategico nazionale, la realizzazione di sistemi informativi territoriali che possano essere concretamente di supporto alla cura del paziente oltre che al governo del SSN: i Centri Unici di

Prenotazione (CUP), il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la telemedicina, la trasmissione telematica delle ricette mediche e dei certificati di malattia.

Per quanto attiene i sistemi CUP regionali, sono state predisposte dal Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, apposite Linee guida nazionali. Tali Linee guida sono finalizzate all'armonizzazione dei sistemi CUP, attraverso la definizione di caratteristiche minime e uniformi relative a tali sistemi a livello nazionale. Le Linee guida si focalizzano in prima istanza su aspetti di natura organizzativo-gestionale e informativo-semantiche, oltre che su aspetti di tipo funzionale, quali necessarie condizioni all'efficace impiego delle nuove tecnologie. La previsione, nell'ambito delle Linee guida relative ai sistemi CUP, delle farmacie territoriali quale possibile canale di accesso ai servizi di prenotazione da parte dei cittadini ha poi trovato un suo riscontro nel D.Lgs. 153 del 3 ottobre 2009, che delinea un nuovo modello di farmacia: la "farmacia dei servizi". In base a tale modello, la farmacia viene vista come presidio nel quale il cittadino, oltre ai farmaci, trova una serie di servizi aggiuntivi ad alta valenza sociosanitaria.

Con riferimento ai sistemi di FSE, al fine di supportare la realizzazione di una cornice normativa unitaria, necessaria alla definizione di un modello di riferimento nazionale, e nel contempo valorizzare i risultati raggiunti a tutti i livelli del SSN, il Ministero della Salute ha istituito dal 2008 un Tavolo interistituzionale a cui partecipano, oltre a esperti interni ed esterni del Ministero, rappresentanti del Ministero per la pubblica amministrazione e l'innovazione, referenti regionali e un rappresentante dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in qualità di osservatore. Tale Tavolo ha elaborato, coerentemente con il proprio mandato, e anche in sintonia con l'esigenza più volte manifestata dal Garante per la protezione dei dati personali, una proposta normativa per disciplinare il FSE a livello nazionale. Tale proposta è stata inserita nel disegno di legge governativo su proposta del Ministro della Salute recante

"Sperimentazione clinica e altre disposizioni in materia sanitaria", approvato dal Consiglio dei Ministri il 10 marzo 2011.

Il Tavolo, inoltre, ha definito apposite Linee guida nazionali per la realizzazione di un sistema di FSE, che individuano le caratteristiche del FSE e del *patient summary* (sintesi della storia clinica del paziente), gli aspetti infrastrutturali e gli standard tecnologici, i livelli di sicurezza e di protezione dei dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy. Tale documento è stato oggetto di Intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni in data 10 febbraio 2011 ed è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 2011. Il Tavolo sta procedendo nella predisposizione dello schema di regolamento attuativo che, successivamente all'entrata in vigore della proposta di norma inserita nel disegno di legge suddetto, consentirà di disciplinare i diversi aspetti che attengono l'istituzione e l'utilizzo del FSE, tra i quali: i relativi contenuti, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità e i livelli diversificati di accesso al Fascicolo.

Per quanto concerne la telemedicina, si ritiene che essa rappresenti uno dei principali ambiti di applicazione della sanità in rete che, abilitando forme innovative di domiciliarità, consente l'integrazione sociosanitaria. È stato pertanto istituito, presso il Consiglio Superiore di Sanità, un Tavolo tecnico sulla telemedicina con l'obiettivo di predisporre apposite Linee guida nazionali, finalizzate a supportare un impiego sistematico della telemedicina nell'ambito del SSN. Il Tavolo ha l'obiettivo di delineare un quadro strategico nel quale collocare gli ambiti prioritari di applicazione della telemedicina, analizzare modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica, definire tassonomie e classificazioni comuni, oltre ad aspetti concernenti i profili normativi e regolamentari e la sostenibilità economica dei servizi e delle prestazioni di telemedicina. Al Tavolo partecipano personalità di comprovato profilo scientifico e di consolidata compe-

tenza professionale. Le Linee guida sono volte a individuare i presupposti fondamentali per lo sviluppo della telemedicina nel nostro Paese.

Relativamente all'*ePrescription* (digitalizzazione e trasmissione elettronica delle prescrizioni), il Ministero della Salute ritiene essenziale il suo sviluppo, soprattutto in considerazione delle ricadute in termini di processi clinico-assistenziali che ne conseguono, tra cui la maggiore facilità di accesso alle terapie, il migliore monitoraggio e controllo delle stesse, la maggiore capacità di prevenzione degli errori clinici, i minori costi sociali. In questo ambito il Decreto Legge 78 del 31 maggio 2010, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica, convertito, con modificazioni, nella Legge 122 del 30 luglio 2010, stabilisce l'equivalenza a tutti gli effetti giuridici tra la ricetta cartacea e la ricetta medica trasmessa telematicamente, creando i presupposti normativi per la concreta attuazione dell'*ePrescription* a livello nazionale. Il citato decreto prevede inoltre l'utilizzo, ai fini dell'invio telematico delle ricette mediche, della stessa piattaforma messa a disposizione per la trasmissione telematica dei certificati di malattia.

Con riferimento ai certificati medici telematici, con il Decreto 26 febbraio 2010 del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentito l'INPS, sono state disciplinate le modalità di trasmissione telematica dei certificati medici di malattia da parte dei medici del SSN all'INPS, e da quest'ultimo ai datori di lavoro afferenti sia al settore privato sia al settore pubblico.

Al fine di orientare le proprie iniziative e azioni anche in coerenza con le priorità stabilite a livello comunitario, il Ministero della Salute ha partecipato, nel corso del 2010, insieme a un nutrito gruppo di Paesi membri, Enti e Associazioni afferenti all'ambito sia medico sia telematico, alla predisposizione di una proposta progettuale, sottoposta all'Agenzia per la salute dei consumatori (EAHC) e alla Direzione generale della società dell'informazione e dei media (DG

INFSO), nell'ambito del Secondo programma d'azione comunitaria nel campo della salute. La proposta progettuale è stata valutata positivamente e sarà oggetto di co-finanziamento attraverso due strumenti finanziari di derivazione comunitaria: *joint action* e *thematic network*. Il progetto, denominato "*eHealth Governance Initiative*", si prefigge la finalità di creare un meccanismo di *governance* attraverso il quale coordinare le attività in ambito *eHealth* a livello comunitario.

Il progetto è attualmente in corso di formalizzazione e avrà una durata di 36 mesi a partire dal 2011.

Il Ministero della Salute intende proseguire nel percorso intrapreso rafforzando ulteriormente il proprio ruolo di promotore, nonché attuatore di iniziative finalizzate allo sviluppo della sanità in rete, a livello sia comunitario sia nazionale, attraverso un'azione di coordinamento volta a orientare e conseguentemente ottimizzare gli sforzi e le risorse messe a disposizione da parte di tutti i portatori di interesse.

9. Gli investimenti in tecnologia ed edilizia sanitaria

Le politiche di programmazione degli investimenti pubblici dedicati al patrimonio strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale hanno seguito strettamente l'andamento delle politiche generali di riqualificazione dell'offerta assistenziale, ampliando gli obiettivi inizialmente individuati dal legislatore, con l'art. 20 della Legge 67/1988, quali la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e la realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti, con l'esplicitazione delle specificità legate all'adeguamento alla norme di sicurezza degli edifici e degli impianti, il riequilibrio tra l'ospedale e il territorio, la realizzazione degli spazi per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.

La Legge 67/1988 autorizzava un programma pluriennale di investimenti di 30.000 miliardi di lire, pari a 15,494 miliardi di euro articolato in più fasi. Le risorse ini-

zialmente previste sono state successivamente incrementate elevando a complessivi 24 miliardi di euro la dotazione di risorse per il programma pluriennale di interventi in sanità.

La volontà politica delle Regioni e del Governo centrale di superare le criticità determinatesi nella prima fase di attuazione del programma straordinario di investimenti, derivanti dalla polverizzazione dei finanziamenti e dalla mancanza di un progetto organico, ha sollecitato nella seconda fase del programma una capacità programmatica più determinata nel concentrare i finanziamenti in un numero contenuto di interventi strategici e coerenti in una logica di rete che richiede grandi strutture ospedaliere di riferimento, in collegamento funzionale con le strutture distrettuali.

Per l'attuazione della seconda fase è stato scelto l'Accordo di programma, quale strumento di programmazione negoziata. Elemento fondamentale degli Accordi è il Documento programmatico, che illustra la programmazione dei soggetti interessati e definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti previsti nell'Accordo stesso.

Alla data del 30 settembre 2011 risultano sottoscritti 58 tra Accordi di Programma e Accordi integrativi dal Ministero e dalle Regioni e Province Autonome, di cui 7 sono Accordi di Programma Quadro all'interno di Intese istituzionali di programma a norma dell'art. 2, comma 203, della Legge 662/1996, e 51 sono Accordi di Programma ex art. 5 bis del D.Lgs. 502/1992. In particolare, nel periodo 2009/2010 sono stati sottoscritti 11 Accordi di Programma. Al 30 settembre 2011 è risultato appaltabile circa il 97,2% delle risorse impegnate in Accordi sottoscritti ed è stata autorizzata la spesa per circa 8,986 miliardi di euro.

Persistono comunque forti differenziazioni nei tempi di sottoscrizione e di attuazione degli Accordi, a motivo delle diverse complessità regionali. La diversa evoluzione nell'utilizzazione delle risorse dipende, oltre che dall'esperienza maturata nei diversi contesti regionali, anche dalla solidità programmatica, assicurata dalla presenza di

un piano regionale di riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera e/o più in generale del sistema di servizi sanitari del territorio, condizioni che hanno consentito una rapida ed efficace attuazione.

La scelta degli interventi sui quali allocare le risorse del programma di investimenti riflette la crescente condivisione tra le Regioni e il Ministero di una "cultura della programmazione", nella sua eccezione più ampia, che non è quindi solo predisposizione di un percorso metodologico di programmazione, ma un approccio trasversale rispetto alle altre politiche di sviluppo e settoriale, rispetto ai bisogni di assistenza, di particolare rilevanza.

10. Fondi strutturali Europei 2000-2006 e Quadro Strategico Nazionale 2007-2013

Sulla base del contributo fornito dalle diverse Amministrazioni centrali e dalle Regioni e sulla base di un processo partenariale molto serrato tra le Amministrazioni e le parti economiche e sociali si è arrivati alla formulazione del Quadro Strategico Nazionale (QSN). Il QSN, previsto dall'art. 27 del Regolamento CE 1083/2006, rappresenta il documento di programmazione con cui l'Italia persegue gli obiettivi previsti dalla politica di coesione comunitaria 2007-2013. Lo Stato italiano, in particolare, ha individuato 4 obiettivi e 10 priorità specifiche per la programmazione 2007-2013.

La strategia complessiva è dotata sia di risorse di fonte UE, sia di risorse di fonte nazionale.

Il tema salute, seppure non presente in maniera specifica nel QSN, rappresenta un'area chiave di intervento sia nell'ambito degli obiettivi di servizio sia nell'ambito dei programmi operativi regionali che evidenziano una particolare attenzione a progetti legati allo sviluppo dell'*eHealth*, al potenziamento infrastrutturale e dei servizi sociosanitari pubblici e alla promozione di progetti di riqualificazione in ambito urbano e rurale.

Nell'ambito del QSN, il Ministero della Salute è titolare di due progetti:

- azioni di sistema e assistenza tecnica per gli obiettivi di servizio – progetto ADI;

- progetto operativo di assistenza tecnica (POAT Salute).

Obiettivo generale del Progetto ADI è supportare le Regioni del Sud nella pianificazione e attuazione dei servizi di assistenza domiciliare programmati in modo integrato sul territorio (coinvolgendo tutti i servizi sociali, sanitari e assistenziali) e monitorati secondo criteri omogenei.

Il progetto è stato finanziato con risorse FAS per 1 milione di euro e attualmente si è conclusa la prima fase, finanziata con una prima tranche di 500.000 euro. Per il prossimo biennio, non appena verranno trasferite le risorse della seconda tranche (500.000 euro), si procederà con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Dipartimento per le Politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri allo svolgimento delle ulteriori attività di assistenza tecnica.

Il POAT è definito nell'ambito del Programma Operativo Nazionale Governance e Assistenza Tecnica (PON GAT) Fondo Europeo di Sviluppo Regionale 2007-2013 e con riferimento all'Obiettivo II.4 "Rafforzamento delle strutture operative e delle competenze nella Pubblica Amministrazione". Il progetto, di durata triennale e per il previsto importo di 11.000.000 euro, afferisce al pertinente "Piano di Riorganizzazione e Rafforzamento delle capacità" articolato in due parti, tra loro funzionali:

- il Progetto Operativo di Assistenza Tecnica sulle singole policy, finalizzato a soddisfare il bisogno di supporto e di cooperazione istituzionale espresso dalle Amministrazioni Regionali dell'Obiettivo Convergenza;
- il Piano di Riorganizzazione Interna (PRI), promosso esclusivamente con risorse interne all'Amministrazione, strumentale alla migliore gestione e implementazione del POAT stesso, attraverso l'apposita Unità Operativa con compiti di indirizzo e di coordinamento.

Il progetto, attraverso l'erogazione di servizi di assistenza tecnica alle Regioni dell'Obiettivo Convergenza (Campania, Puglia, Calabria e Sicilia), mira al soddisfacimento dei fabbisogni regionali, individuati princi-

palmente sulla scorta dei documenti di programmazione regionale 2007-2013, delle risultanze emerse dai numerosi incontri e scambi intervenuti con le singole amministrazioni regionali. I fabbisogni riguardano essenzialmente quattro macroaree:

- gli strumenti di programmazione e di indirizzo per l'attuazione degli interventi;
- le metodologie e le tecniche di monitoraggio e valutazione;
- l'informazione sui contenuti e sugli aspetti che riguardano la gestione degli interventi del settore;
- la conoscenza degli strumenti per instaurare reti di collaborazione e per entrare in contatto con esperienze significative a livello nazionale e di Unione Europea.

11. La ricerca sanitaria: realtà e prospettive

Una sanità in linea con il progresso scientifico e tecnologico deve utilizzare lo strumento della ricerca e percepire questa come un vero e proprio investimento. Infatti, non c'è buona assistenza se non si fa una buona ricerca.

Quale strumento strategico per la politica sanitaria la ricerca finanziata dal Ministero della Salute presenta aspetti del tutto peculiari. Si articola in ricerca corrente e in ricerca finalizzata. La prima (ricerca corrente) è rivolta agli IRCCS, mentre la seconda (ricerca finalizzata) è aperta a tutti i ricercatori del SSN. Entrambe si propongono all'interno degli obiettivi prioritari per il miglioramento della salute della popolazione, per favorire la sperimentazione di modalità di funzionamento, gestione e organizzazione dei servizi sanitari e delle pratiche cliniche, a migliorare l'integrazione multiprofessionale, la continuità assistenziale e la comunicazione con i cittadini.

La ricerca finalizzata è rivolta ai destinatari istituzionali: Regioni, ISS, ISPEL, AgeNaS, IRCCS pubblici e privati e IZS, incentrata sull'elaborazione di progetti obiettivi e a partire dal bando 2009 è aperta a tutti i ricercatori del SSN. Per la realizzazione dei progetti i destinatari istituzionali possono avvalersi della collaborazione di altri Enti di ricerca pubblici e privati, delle Università e