



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

Codice sito 4.10/2013/28

Presidenza del Consiglio dei Ministri
CSR 0001028 P-4.23.2.10
del 11/02/2013



7570511

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e
delle Province autonome
c/o CINSEDO

All'Assessore della Regione Veneto
Coordinatore Commissione salute

All'Assessore della Regione Umbria
Coordinatore Vicario Commissione salute

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province
autonome di Trento e Bolzano

Al Presidente dell'ANCI

Al Presidente dell'UPI

All'Ufficio di Segreteria della Conferenza
Stato – città

E, p.c.

All'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari
Regionali

LORO SEDI

Oggetto: Relazione sull'attività svolta nel primo semestre 2012 dall'Agenzia Nazionale per i
Servizi Sanitari Regionali - age.na.s.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - age.na.s., con nota pervenuta in data 11 febbraio u.s., ha qui trasmesso la relazione in oggetto, deliberata dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 28 novembre 2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, del DM 31 maggio 2001 recante "Approvazione del regolamento dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali".

Si comunica che il documento di cui trattasi è disponibile sul sito www.unificata.it con il codice 4.10/2013/28.

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

BSiniscalchi

gh

IL PRESIDENTE

Alla Segreteria della
CONFERENZA STATO-REGIONI
Via della Stamperia, 8
00187 ROMA

Partenza
Agenzia Nazionale per i
Servizi Sanitari Regionali

Prot.n. 0001336 del 01/02/2013
ORG 1-01-05

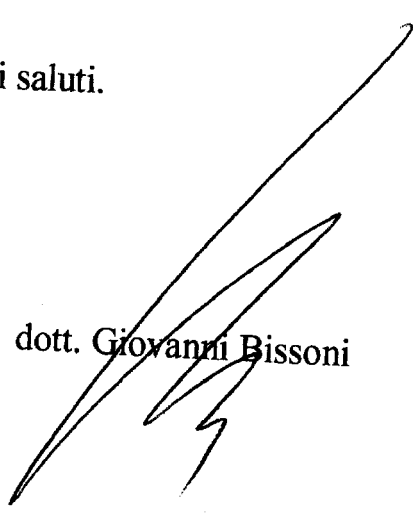


OGGETTO: Relazione sull'attività svolta nel primo semestre 2012

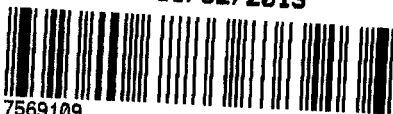
Si provvede a trasmettere copia della relazione sull'attività svolta da questa Agenzia nel primo semestre 2012, approvata dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 28 novembre 2012.

Si coglie l'occasione per inviare i migliori saluti.

dott. Giovanni Bissoni



Presidenza del Consiglio dei Ministri
CSR 0001017 A-4.23.2.10
del 11/02/2013



7569109

Via Puglia 23 - 00187 Roma

tel. 06 427490 - fax 06 42749488
info@agenas.it - www.agenas.it

Via del Fometto 85 - 00149 Roma
tel. 06 55122 - fax 06 55122211
info@agenas.it - www.agenas.it

Relazione sull'attività svolta nel primo semestre 2012

Ottobre 2012

Indice

Quadro d'insieme	11
-------------------------------	----

Attività Istituzionale

1. Il monitoraggio dei tempi di attesa e delle modalità organizzative della libera professione	27
2. Le iniziative relative alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza del paziente	37
3. L'integrazione sociosanitaria	53
4. Gli interventi volti allo sviluppo dell'empowerment nelle amministrazioni locali e nelle comunità	87
5. La promozione di iniziative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie	113
6. L'attività di programmazione e valutazione dell'introduzione e gestione delle innovazioni tecnologiche	119
7. Il monitoraggio delle variabili di qualità, efficienza ed equità	135
8. La gestione del programma di ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua	141
9. Il monitoraggio dei Piani di Rientro	191
10. POAT (Progetto Operativo di Assistenza Tecnica)	209

Attività di funzionamento

11. Affari generali e Gestione del personale	255
12. Gestione economica e finanziaria	275

Attività di Coordinamento alla Direzione

13. Sviluppo organizzativo e delle risorse umane	283
14. Coordinamento delle attività del CDA	291

Attività di Comunicazione

15. Informazione, Comunicazione e Documentazione	293
--	-----

Allegati – Volume 2 su CD Rom

- Allegato 1:** Monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in ALPI e ALPI allargata – ottobre 2011 estratto dati - Monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per le prestazioni erogate in attività libero professionale intramuraria ed intramuraria allargata
- Allegato 2:** Scheda di rilevazione - Monitoraggio delle modalità organizzative della libera professione
- Allegato 3:** Presentazione - Roma 28/06/2012 - Linee guida su: Diagnosi e trattamento della Cefalea nell'adulto
- Allegato 4:** Call for good practice 2011: Titoli, contatti e sintesi per il cittadino - Il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti
- Allegato 5:** Guida alla compilazione, in lingua italiana e inglese - Il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti
- Allegato 6:** Relazione finale della attività previste dall'Accordo di collaborazione con il Ministero della Salute "Monitoraggio dell'implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella" - Le iniziative relative alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza del paziente
- Allegato 7:** Relazione finale delle attività previste dalla Ricerca Autofinanziata "Modelli innovativi per la gestione dei rischi e per il rating delle strutture sanitarie basato su un approccio integrato al miglioramento continuo della sicurezza, accreditamento e qualità", Sottotitolo "Identificare i pericoli e valutare i rischi nelle Organizzazioni sanitarie per assumere decisioni migliorative della sicurezza"

- Allegato 8:** Sanitas Toolkit - Ricerca Autofinanziata: SANITAS (Self-Assessment Network Initial Testing and Standards)
- Allegato 9:** Deliverable N° 7, "Defining a minimum and an ideal set of DS indicators" – Day Surgery Data Project
- Allegato 10:** Programma evento di presentazione della Campagna presso Ministero della Salute, 20 marzo 2012 - Campagna informativa "Il corretto uso del numero telefonico 118 e dei servizi di emergenza-urgenza"
- Allegato 11:** Libretto di presentazione della Campagna fornito ai rappresentanti della Stampa, delle Regioni e delle Aziende Sanitarie - Campagna informativa "Il corretto uso del numero telefonico 118 e dei servizi di emergenza-urgenza"
- Allegato 12:** Checklist per la rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero - Ricerca Corrente 2010 "Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari"
- Allegato 13:** Manuale per l'utilizzo della Checklist per la rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero - Ricerca Corrente 2010 "Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari"
- Allegato 14:** Programma degli eventi di sensibilizzazione/informazione "Giornata ufologica" - Ricerca Corrente 2010 "Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari"

- Allegato 15:** Programma stage previsto nei percorsi di formazione-intervento - Ricerca Corrente 2010 "Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari"
- Allegato 16:** Rassegna della letteratura su Patient Satisfaction e Continuity of Care (Ausl Ravenna) - Ricerca Autofinanziata "Revisione e sviluppo organizzativo delle strutture ospedaliere, con particolare riferimento alle reti cliniche – Laboratorio per le reti ospedaliere"
- Allegato 17:** Griglia dell'intervista per l'indagine qualitativa (Ausl Ravenna) - Ricerca Autofinanziata "Revisione e sviluppo organizzativo delle strutture ospedaliere, con particolare riferimento alle reti cliniche – Laboratorio per le reti ospedaliere"
- Allegato 18:** Protocollo R.IN.CU.O.RA.Mi (Ausl Ravenna) - Ricerca Autofinanziata "Revisione e sviluppo organizzativo delle strutture ospedaliere, con particolare riferimento alle reti cliniche – Laboratorio per le reti ospedaliere"
- Allegato 19:** Questionario sui bisogni dei caregiver (Ulss 16 Padova) - Ricerca Autofinanziata "Revisione e sviluppo organizzativo delle strutture ospedaliere, con particolare riferimento alle reti cliniche – Laboratorio per le reti ospedaliere"
- Allegato 20:** Questionario su Caregiver Burden Inventory (Ulss 16 Padova) - Ricerca Autofinanziata "Revisione e sviluppo organizzativo delle strutture ospedaliere, con particolare riferimento alle reti cliniche – Laboratorio per le reti ospedaliere"
- Allegato 21:** Alta Irpinia in libertà, Itinerari – Ricerca Autofinanziata Turismo Sanitario
- Allegato 22:** Questionario ospitalità e data-base delle buone pratiche di accoglienza dei turisti con bisogni speciali – Ricerca Autofinanziata Turismo sanitario

- Allegato 23:** Scheda di rilevazione indagine accreditamento strutture pubbliche e private - Monitoraggio del percorso di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche
- Allegato 24:** Regione Basilicata – agenas – Progetto LA Bozza linee guida per la costruzione del modello LA tramite tabelle intermedie
- Allegato 25:** Regione Liguria – Tabelle Previsionali 2012
- Allegato 26:** Percorso di Formazione manageriale per l'alta dirigenza del Sistema Sanitario della regione Sardegna – Cagliari – 19 giugno 2012
- Allegato 27 :** Progetto di ricerca - Osservatorio prezzi e Tecnologie e Sperimentazioni gestionali. Analisi delle Sperimentazioni Gestionali in sanità: Fondazioni ed Esternalizzazioni delle funzioni diagnostiche
- Allegato 28:** HTA report: New devices for the management of glycaemia in young diabetics - Research Protocol
- Allegato 29:** HTA report: PET-CT for cancer staging - Research Protocol
- Allegato 30:** Renal artery ablation in patients with treatment - resistant hypertension: a systematic review - Research Protocol
- Allegato 31:** Polylactic-glycolic acid absorbable synthetic suture (pgla) plus antibacterial: a systematic review - Research Protocol
- Allegato 32:** Allestimento del flusso per la raccolta delle proposte di valutazione di tecnologie innovative - Relazione intermedia
- Allegato 33:** POAT Salute Sicilia 2007 - 2013, linea verticale 8 - Survey di ricognizione dei processi aziendali sovraaziendali di definizione dei fabbisogni di alcune tecnologie sanitarie e della relativa dismissione

Allegato 34: POAT Salute Sicilia 2007 - 2013, linea verticale 8 - Note alla compilazione della Survey

Allegato 35: Progetto CCM 2010 (Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie): "Valutazione del costo-efficacia di un programma di screening audiologico neonatale universale nazionale"

Allegati Cartella Attività POAT: da n.1 a n.34

Allegati Sezione Affari generali e Personale: da n.1 a n.7

Quadro d'insieme

L'articolo 8 del Regolamento prevede che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) invii semestralmente, previa deliberazione del Consiglio di amministrazione, una Relazione sull'attività svolta al Ministro della Salute e alla Conferenza Unificata.

Con la presente Relazione, in ossequio a quanto previsto, si riferisce in merito alle attività svolte dall'Agenas nel corso del primo semestre 2012.

In linea con la struttura delle precedenti ultime Relazioni, il documento si apre con una sintesi generale che fotografa le principali attività svolte dall'Agenas nel corso del primo semestre 2012. L'intento è di facilitare la lettura della Relazione e sottolineare come, in concreto, l'Agenzia abbia sviluppato quel ruolo di "Organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale, che svolge attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministro della Salute, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano", assegnatole da ultimo dalla Legge finanziaria per il 2008, con le integrazioni previste dal patto per la salute del dicembre 2009.

Come già avvenuto per la relazione del semestre precedente, per quanto attiene alle attività portate avanti nel corso del primo semestre 2012, lo sforzo è stato quello di continuare ad implementare ulteriormente le attività tradizionali dell'Agenzia con le nuove Linee di Indirizzo programmatico dell'Agenzia, valutate e discusse nell'ambito delle strutture operative e poi approvate nella seduta del CdA del 16 giugno 2009. Le stesse individuano cinque punti principali di sviluppo dell'attività dell'Agenas, quali:

- la creazione di un sistema di valutazione nazionale in ambito sanitario;
- l'impegno costante nelle attività collegate ai Piani di Rientro;
- il tema dello studio e dell'approfondimento dei costi/fabbisogni standard;
- la presa in carico organizzativa e logistica dell'intera attività ECM;

- lo sviluppo nel tempo di un'attività di valutazione relativamente alla gestione del capitale umano nelle strutture sanitarie.

Inoltre, alla fine del mese di giugno c.a., il nuovo Consiglio di Amministrazione, di recente nomina, ha approvato alcune nuove linee di approfondimenti tematici, le quali, integrando in parte i sopra citati indirizzi strategici e programmatici, vanno a costituire un riferimento utile ed importante per le attività, che Agenas ha in programma per il prossimo futuro. Queste, in particolare, sono:

il monitoraggio sulle politiche del personale del Ssn, con particolare riguardo ai contratti della dirigenza e del comparto del Ssn e agli accordi contrattuali nazionali del personale convenzionato con il Ssn ed al loro impatto economico, organizzativo e professionale, da portare avanti in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e l'Aran;

la promozione e lo sviluppo delle attività di health technology assessment (HTA) anche attraverso il potenziamento della relativa rete italiana RIHTA;

il monitoraggio e approfondimento in materia di assistenza sociosanitaria, in termini di fabbisogni e costi;

la promozione e sviluppo delle attività di studio e analisi relative all'acquisizione di beni e servizi nel Ssn, come supporto alle attività di spending review.

Al quadro di insieme iniziale fa seguito la trattazione dettagliata delle attività dell'Agenzia, raggruppate per aree tematiche con il riferimento a piè di pagina alle relative strutture operative interne interessate, conservando la correlazione con gli indirizzi espressi dalla Conferenza Unificata con la deliberazione del 20 settembre 2007, adottata ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera g) del D. Lgs. 28 agosto 1997, n. 281.

Il monitoraggio dei tempi d'attesa e delle modalità organizzative della libera professione

Il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2010-2012), nella cui premessa viene sottolineata la consapevolezza della mancanza di soluzioni semplici ed univoche e di conseguenza la necessità di porre in essere azioni complesse ed articolate, ha messo a regime un sistema informativo – basato su flus-

si correnti – per monitorare i tempi di attesa di 43 prestazioni ambulatoriali e 15 ospedaliere in regime di ricovero oltre che i percorsi diagnostico terapeutici in ambito oncologico e cardiovascolare. Il Piano prende in considerazione anche altri processi inevitabilmente connessi alla gestione delle liste di attesa, tra cui la libera professione intramuraria di cui analizza sia elementi di gestione e di governo che dati quantitativi sul fenomeno.

Nell'ultimo triennio inoltre l'Osservatorio Nazionale per l'Attività Libero-Professionale (di cui Agenas è membro) ha promosso una serie di azioni dirette sia ad analizzare il fenomeno della libera professione nel suo complesso, sia ad approfondire specifici aspetti, quali ad esempio i tempi di attesa delle prestazioni erogate in ALPI ed ALPI allargata, dando ad Agenas il compito di effettuare attività di verifica.

Per quanto attiene le competenze specifiche di questa Agenzia, il PNGLA fornisce mandato ad Agenas relativamente al monitoraggio dei tempi di attesa (in modalità ex-ante) per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria e intramuraria allargata (di seguito ALPI), e per il monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) nell'area cardiovascolare e oncologica.

Nel primo semestre 2012, l'Agenas ha quindi effettuato un monitoraggio nazionale dei tempi di attesa di 27 prestazioni erogate in attività libero professionale intramuraria ed intramuraria allargata (16-17-18-19-20 Aprile) fornendo, tra l'altro, supporto tecnico scientifico alle Regioni/P.A. Il monitoraggio è stato effettuato direttamente on-line, su un portale predisposto ad hoc. L'Agenzia ha gestito tale monitoraggio ed ha avviato la fase di elaborazione e analisi dei dati, con la finalità di produrre un documento tecnico da sottoporre all' Osservatorio Nazionale per l'Attività Libero-Professionale.

Si è inoltre fornita assistenza alle regioni per la raccolta ed elaborazione dei dati relativi al monitoraggio delle prestazioni inserite nei percorsi diagnostico terapeutici (PDT) complessi e si è provveduto all'aggiornamento ed alla revisione - in collaborazione con un gruppo di esperti regionali - delle procedure di rilevazione e della metodologia utilizzate.

L'Agenas ha infine supportato, dal punto di vista tecnico-scientifico, le Regioni/P.A. per la rilevazione, in modalità ex-ante, dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività istituzionale, svoltasi ad aprile 2012.

Relativamente alle modalità organizzative della libera professione, possiamo affermare che sin dall'istituzione dell'Osservatorio nazionale per l'attività libero professionale intramuraria, avvenuta nel 2008, l'Agenas ha fornito il proprio supporto tecnico-scientifico, contribuendo all'implementazione di attività strategicamente finalizzate all'analisi del fenomeno.

In particolare, sono state impostate e coordinate azioni dirette ad avviare un sistema di monitoraggio dello stato di attuazione delle disposizioni contenute nella richiamata legge n. 120 del 2007 e successive modificazioni, sviluppando specifiche metodologie di indagine.

I risultati dei monitoraggi, realizzati con cadenza annuale, forniscono un quadro aggiornato dei percorsi e delle scelte organizzative delle diverse Regioni/P.A. e rappresentano la fonte primaria di informazioni per la stesura della Relazione annuale al Parlamento.

Sistematicamente l'Agenas e la Direzione Risorse umane e professioni sanitarie del Ministero della Salute promuovono una rivisitazione dello strumento di indagine, al fine di adeguarlo alle rinnovate esigenze. Nel periodo considerato, in riferimento all'ultimo monitoraggio si è reso necessario procedere alla modifica e integrazione della scheda di rilevazione, con l'obiettivo specifico di inserirvi le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni/P.A. del 18 novembre 2010 ed adattare gli indicatori che contribuiscono alla lettura dei diversi sistemi.

L'Agenzia ha, altresì, provveduto ad elaborare e sottoporre all'Osservatorio una specifica proposta progettuale finalizzata all'individuazione delle esperienze di successo realizzate nell'ambito della gestione della libera professione intramuraria, con l'obiettivo di analizzare ed identificare le caratteristiche peculiari e trasferibili e contribuire alla loro diffusione in altri contesti.

Le iniziative relative alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza del paziente

Tra le azioni promosse e realizzate da Agenas per supportare le Regioni e il Ministero della Salute nella gestione del rischio clinico, merita prioritaria menzione il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti, il quale, anche in virtù delle recenti indicazioni internazionali, dell'esperienza quadriennale

di Agenas nell'esercizio dell'Osservatorio Buone Pratiche e del costante sostegno ad esso garantito dalle Regioni e P.A., ha ispirato ed informato numerose delle ulteriori iniziative messe in atto da Agenas.

La pubblicazione on – line dei risultati della call for good practice 2011 ha condotto ad un ulteriore ampliamento della base di conoscenza dell'Osservatorio Buone Pratiche, costante di oltre 1200 esperienze, confermando altresì la piena acquisizione da parte delle Regioni, delle Organizzazioni Sanitarie e dei Professionisti degli strumenti dell'Osservatorio quale supporto alle strategie regionali e aziendali di miglioramento della sicurezza dei pazienti e delle cure.

Per consentire l'accesso alle informazioni anche ad utenti stranieri, si è provveduto a revisionare la guida alla compilazione, predisponendone contestualmente una versione in lingua inglese. Con l'obiettivo di garantire una maggiore fruibilità degli strumenti e dei risultati dell'Osservatorio, sia da parte dei professionisti che dei cittadini, è stata completamente rinnovata la veste grafica del portale delle buone pratiche.

Le attività di promozione dello scambio, della diffusione e del trasferimento delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti si sono articolate su percorsi paralleli corrispondenti ai tre livelli i) intra-regionale, progettazione di un intervento di attuazione di una buona pratica in tutte le Organizzazioni Sanitarie di una Regione, ii) inter-regionale, messa a punto e sperimentazione in tre Regioni un modello di scambio inter-regionale delle buone pratiche, iii) internazionale: si è dato avvio alla partecipazione dell'Agenzia alla Joint Action PaSQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care), avente come obiettivo generale quello di contribuire alla sicurezza dei pazienti e alla qualità delle cure, rafforzando la cooperazione tra i Paesi Europei tramite la condivisione della conoscenza, delle esperienze e delle migliori pratiche, promuovendo la trasferibilità e l'implementazione di quest'ultime nei paesi membri dell'Unione Europea. A tal fine, sono stati messi a disposizione dei partner europei della Joint Action, gli strumenti per l'individuazione delle buone pratiche sviluppati da Agenas in collaborazione con il Ministero della Salute e con le Regioni.

Ancora con l'obiettivo di fornire supporto alle Regioni e alle Organizzazioni Sanitarie nella valutazione della sicurezza delle cure da esse prestate, Agenas ha profuso il suo impegno, nelle fasi conclusive del progetto Sanitas, nella messa a

punto di uno strumento, sviluppato in collaborazione con esperti internazionali di qualità e sicurezza, fondato su evidenze internazionali e validato da un campione di ospedali italiani, la cui fattiva applicazione è in corso nella Regione Molise.

Meritano altresì menzione le attività condotte da Agenas nell'ambito dell'Osservatorio Nazionale Sinistri che, in virtù dell'ampio dibattito esistente in materia a livello politico/legislativo e delle manifeste difficoltà delle Regioni e delle Organizzazioni Sanitarie nel contesto generale di razionalizzazione della spesa, hanno principalmente riguardato l'aggiornamento dello stato dell'arte dei modelli regionali di gestione sinistri e polizze, finalizzato all'individuazione di esigenze di supporto da parte delle Regioni e alla condivisione di buone pratiche di gestione sinistri e polizze tra le Regioni stesse. Lo studio, articolato in due fasi, ha previsto il coinvolgimento dei referenti di tutte le Regioni e P.A. che, tramite il Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente, hanno provveduto alla compilazione del questionario e hanno partecipato attivamente alle interviste su cui si è fondata la fase successiva dell'analisi.

L'integrazione sociosanitaria

Relativamente al sostegno operativo a garanzia della integrazione socio-sanitaria, come evidenziato in dettaglio nella parte di competenza della presente relazione, dove viene anche descritto l'ulteriore sviluppo di linee progettuali inerenti l'accreditamento, possiamo riassumere sinteticamente l'attività Agenas portata avanti nel primo semestre del c.a., nei seguenti punti:

- la promozione e monitoraggio dell'integrazione sociosanitaria;
- l'assistenza sociosanitaria per gli anziani non autosufficienti: cronicità e prevenzione;
- l'assistenza territoriale e Accesso alla Rete dei Servizi Sanitari e Sociosanitari Regionali;
- la medicina generale, distretti e cure palliative;
- l'elaborazione dei pareri e supporto giuridico nella predisposizione di Piani Sanitari Regionali;
- il monitoraggio dell'implementazione degli obiettivi stabiliti dal PSN;
- le ricerche Europee sull'attività di Day Surgery;

Gli interventi volti allo sviluppo dell'empowerment nelle amministrazioni locali e nelle comunità

Con la Carta di Ottawa (1986) l'OMS ha riconosciuto l'empowerment del cittadino come uno dei pre-requisiti determinanti per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

In sintonia con il contesto internazionale e coerentemente con il mandato della Conferenza Unificata Stato-Regioni (2007), Agenas prosegue il proprio impegno nella progettazione, realizzazione e promozione di iniziative tese a favorire l'empowerment dei cittadini, delle organizzazioni e delle comunità. In questo contesto, l'Agenzia si muove secondo una prospettiva di condivisione e coinvolgimento, interfacciandosi con Ministero della Salute e Regioni/P.A. e realizzando un'attività di coordinamento e supporto scientifico-metodologico-organizzativo per il trasferimento interregionale delle "buone pratiche" per l'empowerment.

Nel seguito della presente relazione sono sinteticamente illustrati attività e risultati, previsti da specifiche Collaborazioni con il Ministero della Salute e dalla Ricerca Corrente e Autofinanziata e riferiti segnatamente al primo semestre 2012.

La Campagna informativa nazionale sull'utilizzo appropriato dei servizi di emergenza-urgenza è entrata nel vivo delle attività di diffusione a partire dalla presentazione della Campagna alla Stampa nazionale. Con il supporto di Agenas, le Regioni/P.A., gli Ordini Professionali, le Società Scientifiche e le Associazioni Professionali di settore hanno realizzato numerose iniziative in ambito istituzionale, scolastico e tecnico-professionale. Agenas ha, inoltre, costruito il sito internet rivolto a cittadini e professionisti (<http://emergenzaurgenza.agenas.it>). Lo spot, realizzato a conclusione del concorso di idee bandito da Agenas, è andato in onda sulle reti televisive RAI e su Youtube. Infine, in collaborazione con il Ministero della Salute e con alcune Regioni, è stata realizzata la prima versione delle Linee Guida per la valutazione della campagna informativa. La redazione delle Linee Guida fornisce un contributo alla ricerca internazionale nell'ambito di metodologie per la valutazione delle campagne informative e consegna alle Regioni/P.A. alcuni strumenti operativi per la realizzazione di iniziative locali.

Nell'ambito della promozione dell'empowerment organizzativo, sono stati raggiunti i seguenti risultati: in collaborazione con tutte le Regioni/P.A., sono stati speri-

mentati e validati metodi e strumenti per la valutazione del grado di umanizzazione dell'assistenza ospedaliera da parte dei cittadini; in sei diverse Regioni italiane, attraverso esperienze di tutorship e formazione sul campo, è stato promosso il trasferimento di un modello di empowerment organizzativo nell'ambito della salute mentale; nel territorio dell'Area Vasta Romagna, all'interno del modello organizzativo - gestionale Hub & Spoke della rete oncologica, è stato individuato un modello di valutazione della qualità percepita dal cittadino, con particolare attenzione ai vissuti di continuità di cura; attraverso la realizzazione di un case study, nell'ambito della rete dei servizi per i pazienti con Alzheimer e altre demenze, è stato individuato un modello di valutazione dei bisogni degli informal caregivers ed è stato costruito un pacchetto formativo ad essi rivolto (pacchetto tra breve consultabile in rete all'indirizzo <http://www.sosdemenza.it/>).

In riferimento alla promozione dell'empowerment di comunità, Agenas ha realizzato un'iniziativa-pilota a livello locale nella cornice del progetto Turismo sanitario, con l'obiettivo di fornire opportunità turistiche attraverso soluzioni mirate rivolte alle persone in precario stato di salute e/o particolari condizioni funzionali. Al momento attuale, in via sperimentale: è stato individuato un modello di turismo caratterizzato da una rete tra i settori sanità-sociale-turismo-trasporti; è stata realizzata una versione preliminare del "questionario di accessibilità", rivolto alle strutture alberghiere e compilabile online, con la prospettiva di creare un database di strutture turistiche; infine, è stata costruita una prima versione del sito <http://turismosanitario.agenas.it/>.

La promozione di iniziative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie

In coerenza con le funzioni assegnate dall'Accordo Stato-Regioni del 20 settembre 2007, l'Agenas continua a promuovere lo sviluppo di azioni dirette a garantire un confronto tra i diversi sistemi di accreditamento e a favorire una condivisione degli elementi pregnanti.

Sinteticamente le principali azioni intraprese nel corso del primo semestre 2012 possono essere così riassunte:

Accreditamento quale strumento per il miglioramento continuo della qualità:

L'Agenas ha partecipato ai lavori del Tavolo per la revisione della normativa sull'accreditamento (TRAC), istituito presso il Ministero della Salute, in attuazione delle disposizioni contenute nell'articolo 7 del Patto per la Salute 2010-2012. Il tavolo ha elaborato un "Disciplinare tecnico" discusso e condiviso con i rappresentanti di tutte le Regioni/P.A., e contenute: i requisiti comuni per l'accreditamento istituzionale, i requisiti ulteriori di qualità e le modalità di verifica. Il documento tuttavia, è attualmente in fase di revisione: Agenas, Ministero e alcuni esperti regionali vi stanno lavorando al fine di ricondurre i requisiti ulteriori nel nucleo di base.

Congiuntamente l'Agenas ha condotto, uno studio su alcune esperienze europee ed internazionali, al fine di comparare i criteri individuati e di identificare un modello di riferimento per la definizione del sistema. Il modello maggiormente utilizzato è risultato essere quello del ciclo di Deming. Muovendo quindi, dalla logica del PDCA (plan-do-check-act), un gruppo di esperti sta valutando l'ipotesi di predisporre un manuale operativo di supporto alle Regioni/P.A. nella declinazione Criteri/Fattori di qualità.

19



Monitoraggio dei percorsi di accreditamento delle strutture pubbliche e private:

nell'ultimo triennio l'Agenas, su mandato del Ministero della Salute e della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, ha promosso specifiche indagini conoscitive sullo stato di implementazione del percorso di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie sia pubbliche che private. Gli obiettivi prioritari di queste ricerche sono stati: l'osservazione delle evoluzioni dei sistemi regionali di accreditamento e il monitoraggio dello stato di attuazione delle disposizioni contenute nella legge n. 296 del 2006 e successive modificazioni, che hanno imposto tempi certi per il passaggio all'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture private.

In continuità con le pregresse rilevazioni, l'indagine attivata nel corso del 2012 ha riguardato i percorsi di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche, mentre è stato esaminato esclusivamente il percorso di accreditamento delle struttu-

re private. L'analisi non ha tenuto conto delle strutture ospedaliere e ambulatoriali private, in considerazione della scadenza del termine fissato (1° gennaio 2011), dalla succitata legge, per il passaggio all'accREDITAMENTO istituzionale definitivo.

Attualmente 19 Regioni/P.A. hanno trasmesso informazioni utili ad aggiornare lo stato di avanzamento dei percorsi. Al termine dell'indagine si procederà all'analisi dei dati e alla predisposizione di un report finale.

Periodica ricognizione delle norme regionali sullo stato di attuazione del percorso di accREDITAMENTO istituzionale in riferimento alla Legge n. 296/2006 :

è proseguita l'attività di ricognizione delle norme regionali dirette a disciplinare il sistema di accREDITAMENTO istituzionale, come pure l'aggiornamento delle schede sintetiche descrittive delle procedure di autorizzazione e accREDITAMENTO.

Elaborazione dei pareri in materia di accREDITAMENTO:

L'Agenzia collabora con il Ministero della Salute per la predisposizione dei pareri riguardanti la tematica dell'accREDITAMENTO sia sui provvedimenti emanati dalle Regioni impegnate nei piani di rientro, che sulla documentazione per la verifica degli adempimenti LEA relativi all'anno 2011.

Partecipazione all'EAN (European Accreditation Network):

si è ulteriormente consolidata la collaborazione con il network europeo sull'accREDITAMENTO (European Accreditation Network – EAN) ed è stata approfondita l'attività di analisi e confronto con le altre esperienze europee, in previsione dell'incontro di Durham (UK) che si terrà nelle date 24 – 25 settembre 2012 e al quale parteciperanno rappresentanti del Comité Européen de Normalisation (CEN), dell'European Society for Quality in Healthcare (ESQH) e dell'European Partnership of Supervisory Organisations (EPSO).

Il monitoraggio delle variabili di qualità, efficienza ed equità

In riferimento ad una delle nuove linee di indirizzo programmatico e strategico, elaborate nel giugno del 2009, quale quella della creazione di un sistema di valuta-

zione nazionale in ambito sanitario, nel periodo considerato si sono ulteriormente sviluppate quelle iniziative sul tema messe in campo da Agenas sin dall'anno 2010 e poi consolidate nel corso di tutto il 2011. In questo senso, il gruppo di lavoro Agenas ha perfezionato, nel corso del 1° semestre 2012, la definizione del Sistema di Monitoraggio della Qualità (SMQ) del SSN attraverso le attività di elaborazione di set di indicatori relativi alle sezioni SALUTE (Efficacia) e RISORSE (Efficienza) dello schema generale del SMQ; la costruzione di un prototipo di sito web per il Sistema di Monitoraggio della Qualità (SMQ) del SSN, oltre che l'identificazione, messa a punto, rilevazione sul campo e avvio della "pesatura" degli indicatori relativi alla sezione DIRITTI (Empowerment) dello schema generale del SMQ.

Inoltre, nell'ambito dell'attività del Programma nazionale Esiti Agenas, nel 1° semestre 2012, si sono ulteriormente sviluppate le attività inerenti, rispettivamente, l'acquisizione, il controllo e l'organizzazione del file SDO 2005-2011 "linkato" con Anagrafe tributaria; il disegno, l'analisi fattibilità, la discussione ed analisi definitiva di nuovi indicatori di esito.

Analogo impegno è stato messo in campo da Agenas anche sul versante del controllo e valutazione della spesa sanitaria attraverso i conti economici, con l'ulteriore sviluppo dell'analisi dei sistemi di finanziamento dei Servizi sanitari regionali e tariffe delle prestazioni sanitarie, nel cui ambito sono da evidenziare, tra le altre, le iniziative in merito a:

- il Progetto di un nuovo "Sistema di misurazione e valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere", già iniziato nel periodo precedente;
- il Programma CCM 2009 – progetto "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali; anche questo già portato avanti in precedenza,
- il Progetto: "Assistenza sociosanitaria – fabbisogni e costi";

La gestione del programma ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua

Come noto, dal 1o gennaio 2008, con l'entrata in vigore della Legge 24 dicembre 2007, n. 244, la gestione amministrativa del programma di E.C.M. ed il supporto

alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, sino a quella data di competenza del Ministero della Salute, sono stati trasferiti all'Agenas.

L'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2007 che definisce il nuovo Programma di Educazione Continua in Medicina (ECM), la riorganizzazione e le nuove regole per la governance del sistema prevede, infatti, che la Commissione Nazionale e gli organismi che la corredano (Osservatorio Nazionale, Consulta e Comitato tecnico delle Regioni) siano collocati presso l'Agenas.

Rinviando al capitolo di pertinenza della presente relazione, dove sono evidenziate in dettaglio tutte le varie attività svolte nel primo semestre 2012, si può evidenziare che nel scontro trimestre 2012 è stata avviata la procedura per l'accREDITAMENTO dei provider standard, secondo quanto previsto dagli accordi Stato-Regioni del 5 novembre 2009 e del 19 aprile 2012.

Il monitoraggio dei piani di rientro

L'attività di monitoraggio dei Piani di Rientro, in linea con uno degli obiettivi indicati per l'Agenas negli indirizzi della Conferenza Unificata del 20 settembre 2007 e implementata nel tempo con apposite convenzioni stipulate con il Ministero della Salute, è ormai portata avanti dall'Agenzia, in modo significativo, dal secondo semestre del 2009. Con la messa a disposizione di numerose risorse umane esperte, infatti, l'impegno di Agenas si è progressivamente sviluppato con la modalità di affiancamento alle Regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311. e con quella della collaborazione nei riguardi di quelle Regioni, nell'ambito delle quali esiste la necessità di un supporto propedeutico alla stesura del citato accordo, ovvero finalizzato a scongiurare l'insorgere di possibili future criticità.

Complessivamente, la presenza dell'Agenzia nelle varie realtà regionali italiane ha visto un suo progressivo consolidamento, oltre che in termini di affidabilità e credibilità circa la tempistica di realizzazione dei Piani programmati, anche nell'elaborazione prima, e nella comune condivisione poi, di nuovi modelli di gestione, volti alla progressiva soluzione di situazioni altrimenti altamente critiche.

In particolare, nel corso del 1° semestre 2012, come evidenziato più specificatamente nell'apposito capitolo della presente relazione, è proseguito il supporto di

Agenas ad alcune delle regioni storicamente affiancate (Calabria, Campania e Sicilia) e si è ulteriormente implementata l'attività di collaborazione alle regioni: Basilicata, Liguria, Puglia e Sardegna.

L'attività di programmazione e valutazione dell'introduzione e gestione delle innovazioni tecnologiche

Nel periodo preso in esame, l'Agenzia, in riferimento allo scenario, nel quale il Ssn è sempre più impegnato sulla capacità di selezione delle nuove tecnologie da adottare, sulla individuazione delle priorità e sulla capacità di promuovere l'adozione tempestiva, nell'interesse dei cittadini, di soluzioni innovative ed appropriate, ha ulteriormente implementato la sua specifica attività. In particolare, nel periodo preso in esame, Agenas ha condotto iniziative riguardanti l'innovazione organizzativa e tecnologica, mediante:

il monitoraggio delle innovazioni organizzative riguardanti l'attivazione di "Programmi di HTA" nelle Regioni;

- il monitoraggio delle innovazioni organizzative riguardanti la riorganizzazione delle reti di laboratori diagnostici;
- l'approfondimento dei temi riguardanti i rapporti pubblico-privato nelle Regioni;
- la diffusione delle tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie – monitoraggio prezzi dispositivi medici;
- l' Health Technology Assessment (HTA);
- l'attività di ricerca.

L'attività relativa al POAT (Progetto Operativo di Assistenza Tecnica)

Nell'ambito del Programma Operativo Nazionale Governance e Assistenza Tecnica (PON GAT) Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR)2007-2013 e con riferimento all'Obiettivo di Servizio II.4 "Rafforzamento delle strutture operative e delle competenze nella Pubblica Amministrazione", Il Ministero della Salute ha presentato proposta di "Piano di Riorganizzazione e rafforzamento delle capacità" per l'erogazione di servizi di assistenza tecnica alle Regioni dell'Obiettivo

Convergenza (Campania, Puglia, Calabria e Sicilia) e in data 26 luglio 2010 è intervenuta, con l'Ufficio per la Formazione del Personale delle Pubbliche Amministrazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica, la stipula della Convenzione con la quale vengono disciplinati i rapporti tra le parti contraenti ai fini della realizzazione del progetto stesso (POAT Salute).

Il POAT - Progetto operativo di assistenza tecnica (POAT Salute) - ha preso avvio operativamente con la sottoscrizione e la successiva registrazione delle convenzioni con due Enti in house: il Formez PA, con la convenzione sottoscritta in data 20 aprile 2011, e l' Agenas., con la convenzione sottoscritta in data 11 maggio 2011. Per i due enti in house i progetti sono stati avviati a seguito della presentazione dei piani esecutivi, comprensivi di una attualizzazione dei fabbisogni espressi dalle regioni in sede di stesura del POAT.

Relativamente ai compiti assegnati all'Agenzia, il POAT ha come obiettivo prioritario il rafforzamento di alcune specifiche competenze tecniche del personale regionale per mezzo di un affiancamento in loco da parte di tecnici Agenas. Gli ambiti generali di affiancamento (fabbisogni) sono stati individuati in fase progettuale in condivisione con le strutture delle regioni coinvolte. Tali fabbisogni sono stati, nella fase attuativa, rivisitati alla luce di eventuali intercorsi cambiamenti del contesto e tradotti in azioni e queste in prodotti da realizzare nel corso ed al termine del progetto. Ai fini della ricerca della maggiore efficienza organizzativa, efficacia degli interventi ed uniformità metodologica, le attività, ove possibile, sono attuate utilizzando dei modelli comuni che consentono, sia un'economia di scala, sia la possibilità di mettere in comune e confrontare esperienze e prodotti tra strutture simili delle regioni interessate e porre le basi per una rete interregionale.

Tutte le attività sono svolte in strettissima collaborazione con le strutture regionali, utilizzando gruppi di lavoro "misti" composti da personale Agenas, esperti esterni e personale regionale di livello dirigenziale e non. Detta metodologia, già ampiamente sperimentata in altre attività istituzionali di Agenas consente un incremento delle competenze del personale regionale affiancato graduale e duraturo. Al termine del POAT (il termine del progetto è previsto per la fine di luglio 2013) il personale regionale dovrà aver acquisito, attraverso azioni di collaborazione attiva e coinvolgimento, le competenze necessarie per applicare autonomamente e routinariamente il know how utilizzato ed implementato nella fase di supporto operativo.

L'articolazione del piano di attuazione tiene conto del complesso percorso di elaborazione di stesura effettuato attraverso una attenta analisi dei fabbisogni regionali con una prima attività svolta tra Regioni coinvolte ed Agenas nella sede del Ministero della Salute e successivi incontri dei coordinatori delle linee di attività Agenas e dei referenti regionali nelle regioni stesse. Questa seconda tipologia di incontri, ulteriormente implementata nel 1° semestre 2012, è stata particolarmente utile a meglio analizzare e contestualizzare (in alcuni casi anche in modo comparativo) i fabbisogni regionali, ad effettuare una prima analisi di fattibilità in relazione alle condizioni oggettive del contesto ed a definire con precisione le attività da svolgere, i prodotti da realizzare ed il relativo timing. Le attività POAT affidate all'Agenas sono sia di carattere trasversale riguardanti cioè tutte e quattro le Regioni convergenza, sia di carattere verticale mirate a supportare le problematiche più specifiche di ambito territoriale da realizzare nei riguardi di tre Regioni: Campania, Calabria e Sicilia. Nella fase attuale sono interessati all'affiancamento tecnico ben 234 tecnici regionali di vario livello e funzione.

Il monitoraggio dei tempi di attesa e delle modalità organizzative della libera professione

1

Monitoraggio dei tempi di attesa e definizione di proposte in materia di liste di attesa¹

Nel primo semestre 2012, l'Agenas ha effettuato un monitoraggio dei tempi di attesa di 27 prestazioni erogate in attività libero professionale intramuraria ed intramuraria allargata (16-17-18-19-20 Aprile) , fornendo, tra l'altro, supporto tecnico scientifico alle Regioni/P.A.. Il monitoraggio è stato effettuato direttamente on-line, su un portale predisposto ad hoc dall'Agenas. Ha gestito tale monitoraggio ed ha cominciato ad elaborare ed analizzare i dati, con la finalità di produrre un documento tecnico con i risultati ottenuti. Si è fornito poi il proprio supporto all'implementazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2010-2012): si è dato avvio alla raccolta ed alla rielaborazione dei dati sul monitoraggio delle prestazioni inserite nei percorsi diagnostico terapeutici (PDT) complessi all'aggiornamento ed - in collaborazione con un gruppo di esperti sui Tempi di Attesa – alla revisione delle procedure di rilevazione e della metodologia prevista dalle Linee Guida sui PDT complessi. L'Agenas ha inoltre supportato, dal punto di vista tecnico-scientifico, le Regioni/P.A. per la rilevazione, in modalità ex-ante, dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività istituzionale, svoltesi ad ottobre 2011. Nel semestre di riferimento, l'Agenas ha proseguito la sua collaborazione con l'Osservatorio nazionale per l'attività libero

¹ a cura della *sezione Qualità e Accreditamento*

professionale, contribuendo in particolar modo alla revisione e all'integrazione della scheda di rilevazione per il monitoraggio sullo stato di attuazione delle disposizioni contenute nella Legge n. 120 del 2007 e nell'Intesa Stato-Regioni del 18 novembre 2010. L'Agenzia ha, altresì, elaborato - su indicazione dello stesso Osservatorio – una proposta progettuale finalizzata all'individuazione di modelli organizzativo-gestionali virtuosi della libera professione.

Monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per le prestazioni erogate in attività libero professionale intramuraria ed intramuraria allargata

28



L'Agenzia ha elaborato i dati raccolti durante la rilevazione dei tempi di attesa di 10 prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata svoltasi ad ottobre 2011. Tali risultati (condivisi e validati con il contributo dei referenti regionali) (cfr. Allegato 1) faranno parte della Relazione al Parlamento che annualmente l'Osservatorio per l'attività libero-professionale predispone. Inoltre ad aprile 2012 (16-17-18-19-20 Aprile) si è svolto il nuovo monitoraggio dei tempi di attesa di 27 prestazioni erogate in ALPI ed ALPI allargata.

In linea con il mandato del PNGLA 2010-2012, nel monitoraggio di aprile 2012, effettuato in contemporanea con quello dell'attività istituzionale, il numero delle prestazioni è passato da 10 a 27 e, come per Ottobre 2011, è stato effettuato direttamente on-line, su un portale predisposto ad hoc dall'Agenas, per facilitare il processo di raccolta e di invio dei dati da parte delle Regioni, per garantire un maggior controllo sulla qualità del dato e per ottenere ai vari livelli (punto erogatore - Asl - Regione/P.A. - Agenas) le prime elaborazioni e aggregazioni in tempo reale. L'Agenzia oltre alla gestione del monitoraggio ha fornito supporto tecnico-scientifico ed organizzativo alle Regioni/P.A., e ha cominciato ad impostare il lavoro di elaborazione ed analisi dei dati, i cui risultati verranno condivisi con le singole Regioni/P.A. prima dell'invio formale al Ministero ed all'Osservatorio nazionale per l'attività libero-professionale.

Tabella 1

Aprile 2012	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
	RMN della colonna	88.93 – 88.93.1	
	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2	
	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1	
	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1	
	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3	
	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5	
	Visita cardiologia	89.7	8
	Visita oculistica	95.02	34
	Visita ortopedica	89.7	36
	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	
	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5	
	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 – 88.94.2	
	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1	
	TC senza e con contrasto Rachide	88.38.2 – 88.38.1	
	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5	
	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2	
	Visita chirurgica vascolare	89.7	14
	Visita endocrinologica	89.7	19
	Visita neurologica	89.13	32
	Visita ginecologica	89.26	37
	Visita urologica	89.7	43
	Visita dermatologica	89.7	52
	Visita fisiatrica	89.7	56
	Visita gastroenterologica	89.7	58
	Visita oncologica	89.7	64
	Visita pneumologica	89.7	68

Monitoraggio delle modalità organizzative della libera professione

L'Agenas ha proseguito l'attività di supporto tecnico-scientifico all'Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale, collaborando - congiuntamente alla Direzione Risorse Umane e Professioni Sanitarie del Ministero della Salute - alla rielaborazione della scheda di rilevazione (cfr. Allegato 2) e degli indicatori utilizzati nel precedente monitoraggio sullo stato di attuazione delle disposizioni contenute nella legge n. 120 del 2007 e successive modificazioni.

La scheda è stata notevolmente rivisitata, con la finalità di:

- inserire gli specifici adempimenti previsti dall'Accordo Stato-Regioni/P.A. del 18 novembre 2010, concernente l'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio sanitario nazionale;
- approfondire le criticità emerse nel corso degli incontri con i referenti regionali tenutisi a dicembre 2010;
- porre maggiore attenzione al governo aziendale della libera professione.

Il lavoro di revisione ha interessato, naturalmente, anche gli indicatori che sono stati adattati alle mutate esigenze.

L'Osservatorio ha ritenuto, altresì, prioritario avviare uno studio, di carattere sperimentale, finalizzato all'individuazione delle esperienze di successo realizzate nell'ambito della gestione della libera professione intramuraria, con l'obiettivo di analizzare e identificare le caratteristiche peculiari e trasferibili e contribuire alla loro diffusione in altri contesti.

In questo ambito l'Agenzia ha provveduto, nel primo semestre 2012, ad elaborare una proposta progettuale specifica, diretta a:

- analizzare il grado di implementazione e attuazione, nei contesti locali, delle disposizioni contenute nella legge 3 agosto 2007 n. 120 ("Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria") e nell'Accordo Stato – Regioni e PPAA del 18 novembre 2010;

- approfondire la congruenza tra quanto dichiarato (e rilevato mediante scheda) e quanto effettivamente attuato nella realtà locale;
- individuare elementi – chiave risolutivi nel processo di adeguamento alla norma;
- delineare modelli organizzativi che rispondano efficacemente a quanto previsto dalla norma;
- valutare l'applicabilità e trasferibilità di un insieme minimo di strumenti utile per l'adeguamento alla norma;
- trasferire modelli di governo dell'intramoenia.

Supporto all'implementazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA)

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa - sul quale è stata sancita l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano durante la seduta della Conferenza Stato-Regioni del 28 ottobre 2010 - ha assegnato all'Agenas specifici compiti in riferimento alla tematica in oggetto: nel dettaglio, in ottemperanza a quanto previsto al punto 3.3 del PNGLA, l'Agenas in collaborazione con un gruppo composto da esperti delle regioni sui Tempi di Attesa (Campania, Emilia-Romagna, Lombardia, Puglia, Umbria, Veneto e P.A. di Trento) ha seguito la fase di sperimentazione della metodologia elaborata per il monitoraggio dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici (tumore polmone, tumore mammella, tumore colon-retto e by-pass aortocoronarico).

Il metodo proposto permette di realizzare l'analisi dei singoli casi, ma il dato di maggior rilievo è generato dallo studio della tendenza generale del fenomeno, ovvero dallo svolgimento del percorso complesso, al fine di identificarne possibili criticità da affrontare in una logica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Pertanto, la lettura dei percorsi deve essere vista in una logica di sistema, di analisi organizzativa mirante all'ottimizzazione di efficacia, umanizzazione, efficienza, appropriatezza, tempestività. La lettura deve essere per area ed il risultato atteso sono azioni di riorganizzazione.

Alla luce di quanto detto, risulta evidente che il focus non è tanto sulla raccolta puntuale e precisa di tutti i casi realmente verificatisi, ma è più sull'andamento

complessivo dei percorsi, lo stile gestionale dei processi, il quadro organizzativo generale del contesto in cui il percorso si realizza.

A seguito dell'analisi preliminare dei dati inviati dalle Regioni al Ministero della Salute e all'Agenas (relativi al tumore alla mammella, la cui data di scadenza per l'invio era fissata per il 31 ottobre 2011 e per gli altri 3 percorsi la cui data di scadenza era fissata per il 31 dicembre 2011) si sono evidenziate alcune criticità nell'applicazione della metodologia, con conseguente perdita di un numero considerevole di casi da monitorare. A tal fine, si è deciso di rivedere e rielaborare, in collaborazione con il Gruppo di esperti sui tempi di Attesa, la procedura di rilevazione (tutti gli steps metodologici risultati critici) al fine di ottenere uno strumento più flessibile e soprattutto più accurato.

Supporto tecnico alle Regioni/P.A. relativamente al monitoraggio in modalità ex-ante delle prestazioni ambulatoriali

Il PNGLA 2010-2012 individua, tra gli strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa, il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex-ante, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice a livello nazionale. Nel semestre di riferimento, il monitoraggio è stato effettuato ad aprile 2012 su tutte le 43 prestazioni ambulatoriali previste dal PNGLA. In questo contesto l'Agenas ha fornito supporto tecnico alle Regioni/P.A. che ne hanno fatto richiesta, per favorire la risoluzione di eventuali criticità tecniche emerse ed all'elaborazione dei risultati.

Programma multicentrico di elaborazione di linee guida in materia clinico - organizzativa nell'ambito del sistema nazionale linee guida"

Linee guida su "Melanoma cutaneo"

Nel primo semestre 2012, è stata ultimata e validata attraverso l'acquisizione del parere di esperti esterni ai Gruppi di lavoro (referee), la messa a punto delle Linee guida su "Melanoma cutaneo". Il testo definitivo è stato inoltre visionato dall'IMI (Gruppo Interdisciplinare Italiano melanoma). Il documento è stato stampato. E' in

preparazione la presentazione alla stampa specializzata attraverso un workshop dedicato al melanoma cutaneo in collaborazione con l'IFO-Istituti Regina Elena e San Gallicano, programmato per il mese di settembre 2012.

Workshop di presentazione delle linee guida per “Diagnosi e trattamento della cefalea dell’adulto”

Dopo aver stampato e diffuso su tutto il territorio nazionale coinvolgendo tutte le strutture di Neurologia e i centri cefalea le linee guida sulla Diagnosi e trattamento della cefalea nell’adulto, è stata realizzata, il giorno 28 giugno 2012

presso il CNR (Consiglio Nazionale delle ricerche) la presentazione nazionale di tale documento alla stampa specializzata e ai professionisti attraverso un workshop dedicato alla cefalea. (v. Allegato 3)

Il workshop ha avuto come obiettivo quello di avviare un’efficace attività di diffusione e di implementazione di queste Linee guida. Si allega rassegna stampa dell’evento.

Programma strategico: “La medicina di genere come obiettivo strategico per la sanità pubblica: l’appropriatezza della cura per la tutela della salute della donna”

Nell’ambito del progetto di ricerca finalizzata sulla medicina di genere, l’Agenas ha elaborato la stesura delle due linee guida intitolate:

- Sindrome coronarica acuta: l’evoluzione delle conoscenze per il miglioramento della salute cardiovascolare femminile. La medicina a misura di donna
- Sindrome da Fatica Cronica (CFS): un problema (una malattia) al femminile? Fattori di rischio, diagnosi e terapia.

I documenti sono stati sottoposti a tutto il gruppo di lavoro che ha espresso le proprie osservazioni, integrazioni, suggerimenti che sono stati integrati al testo definitivo in fase di editing per la stampa.

Verrà successivamente quindi elaborata e curata un’edizione a stampa dei due manuali.

Coordinamento permanente per il percorso nascita

Partecipazione come componente Agenas del “Comitato di Coordinamento permanente per il percorso nascita” del Ministero della Salute istituito nell'accordo Stato –Regioni del 16 dicembre 2010, relativo alle “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”.

Il Comitato ha il compito di coordinare e monitorizzare le attività previste, mirate a promuovere qualità, sicurezza ed appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo e di verificare il recepimento dell'Accordo, all'interno di specifiche delibere regionali. Sono stati svolti numerosi incontri coordinati dal ministero della salute, nei quali sono stati valutati gli elaborati dei comitati di coordinamento regionali.

Linee guida nazionali sul Taglio Cesareo

Partecipazione all'elaborazione e presentazione in un seminario presso l'ISS dedicato, delle linee guida nazionali sul Taglio Cesareo in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

Elaborazione di sotto pareri tecnici

Sono stati forniti sotto pareri di tipo tecnico, richiesti da varie Regioni, da inserire nel Sistema documentale del Ministero, su provvedimenti e deliberazioni proposte dalle Regioni su tematiche inerenti adozione di linee guida e provvedimenti in ambito materno-infantile

Manuale del Gruppo Intersocietario Nascita Sicura “Gli standard per la valutazione dei punti nascita”.

L'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 prevede quale obiettivo la realizzazione di un programma nazionale, articolato in dieci linee di azione condivise, per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione della pratica del taglio cesareo e sancisce come in questa nuova e rilevante fase program-

matoria sia necessario prevedere ed attuare la più volte auspicata riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita ed in particolare della rete dei punti nascita.

Da questi presupposti è stato elaborato con la partecipazione di tutte le Società scientifiche del settore, le Associazioni dei cittadini, il Collegio Nazionale delle Ostetriche ecc. un manuale che rappresenta uno strumento che individua i criteri per l'introduzione dell'obiettivo della qualità nei punti nascita e che permette ai professionisti ed agli utenti di rendere più sicure le attività svolte all'interno dei punti nascita stessi.

Sono stati individuati e condivisi una serie di standard e criteri favorendone l'applicazione in tutte le specifiche realtà.

L'obiettivo principale è stato quello di costruire il sistema di valutazione della qualità e lo sviluppo di un modello di miglioramento continuo nei comportamenti di molteplici operatori che operano, in Ospedali pubblici e privati, all'interno dei percorsi relativi a:

- gravidanza fisiologica;
- gravidanza a rischio;
- neonato fisiologico;
- neonato patologico

Le iniziative relative alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza del paziente²

2

L'attività di monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti, realizzata in accordo al modello concettuale e agli strumenti sviluppati e condivisi con le Regioni e con il Ministero della Salute, ha trovato ulteriore consolidamento nel corso del semestre di riferimento che ha visto la classificazione e la pubblicazione on-line delle circa 300 esperienze di miglioramento della sicurezza delle cure raccolte con la call for good practice 2011. La base di conoscenza dell'Osservatorio risultante dalle quattro edizioni della call ad oggi realizzate è di circa 1200 pratiche pubblicamente consultabili sul sito Agenas (<http://buonepratiche.agenas.it/practices.aspx>). Gli accessi al portale delle buone pratiche (21.506 nel periodo 30 giugno 2010 – 31 maggio 2012) confermano la piena acquisizione da parte delle Regioni, delle Organizzazioni Sanitarie e dei Professionisti degli strumenti dell'Osservatorio quale supporto alle strategie regionali e aziendali di miglioramento della sicurezza dei pazienti e delle cure. Un modello di diffusione e di scambio delle buone pratiche a livello inter-regionale è stato messo a punto e sperimentato in tre regioni; l'impatto positivo di tale metodo è testimoniato dall'adesione (volontaria) di tutte le Regioni e l'esplicito invito da queste rivolto all'Agenas a replicare l'esperienza. Con l'obiettivo di divulgare le buone pratiche anche livello internazionale e di garantire il collegamento dell'Osservatorio con le strategie internazionali in materia di

sicurezza del paziente, l'Agenzia ha avviato la fattiva partecipazione alla Joint Action PaSQ mettendo a disposizione dei partner europei, che ne hanno fatto specifica richiesta, gli strumenti sviluppati ed utilizzati dall'Osservatorio Buone Pratiche.

Nell'ambito delle attività dell'Osservatorio Sinistri (Intesa Stato – Regioni 2008), con l'obiettivo di aggiornare lo stato dell'arte ed individuare eventuali esigenze di supporto da parte delle Regioni, è stata avviata la seconda indagine nazionale sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze assicurative, a cui, come per la precedente analisi realizzata nel 2009, hanno aderito 21/21 Regioni e P.A.

Sono state portate a termine le attività previste dagli accordi di collaborazione con il Ministero della Salute e, con la messa a punto di uno strumento di valutazione della sicurezza delle strutture ospedaliere fondato sulle evidenze internazionali e validato da un campione di ospedali italiani, è stata conclusa la prima fase del progetto Sanitas. L'utilità dello strumento Sanitas è testimoniata dall'interesse a proseguire manifestato anche da ospedali non coinvolti nella sperimentazione e da alcune Regioni che hanno chiesto di discuterne nel Comitato Tecnico delle Regioni per il Rischio Clinico della Commissione Salute per ampliarne la partecipazione alle strutture regionali. Anche in applicazione dei risultati di Sanitas, ha avuto avvio il progetto di sviluppo e sperimentazione di un sistema per l'autovalutazione e la valutazione esterna della sicurezza delle strutture sanitarie di una intera Regione, a cui ha aderito la Regione Molise.

Il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti

L'attività di monitoraggio delle buone pratiche, avviata nel 2008 in virtù del mandato conferito all'Agenas dall'Intesa Stato-Regioni concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, si è ulteriormente consolidata, risultando il modello di intervento dell'Osservatorio Buone Pratiche pienamente acquisito dalle Regioni, dalle organizzazioni sanitarie e dai professionisti. Esso prevede, trasversalmente alle cinque fasi che costituiscono il ciclo delle buone

pratiche la revisione continua dei metodi, professionisti e non. Con tali premesse, nel corso del primo semestre del 2012 e degli strumenti sviluppati ed utilizzati dall'Osservatorio con l'obiettivo di rendere maggiormente fruibili i risultati delle annuali Call for good practice dagli utenti, è stato rinnovato il portale dell'Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza del Paziente. (<http://buonepratiche.agenas.it/gpinfo.aspx>) ed è stata sottoposta a revisione la scheda di rilevazione on line delle esperienze; nei paragrafi seguenti si illustra più nel dettaglio quanto realizzato dall'Osservatorio Buone Pratiche nel periodo di riferimento della presente relazione.

Ampliamento della base di conoscenza dell'Osservatorio

Nel corso del primo semestre 2012 si è conclusa ed è stata pubblicata sul database online la classificazione delle 302 esperienze di miglioramento della sicurezza dei pazienti inviate, per il tramite delle Regioni, all'Osservatorio Buone Pratiche dai professionisti e dalle organizzazioni sanitarie nell'ambito della Call for good practice 2011. Di dette pratiche si riportano i titoli, i contatti e l'abstract per il cittadino nel volume allegato (cfr. [Allegato 4](#)) che è risultato particolarmente gradito, quale strumento di lavoro, ai risk manager aziendali. Dalla classificazione effettuata sulla base dell'approccio metodologico utilizzato per la realizzazione e la rappresentazione degli interventi sono risultate 124 Buone Pratiche (esperienze che ottemperano a tutti i criteri della Call con particolare riferimento ad una esaustiva presentazione dei risultati conseguiti), 136 Buone Pratiche Potenziali (esperienze ancora in corso e che ottemperano parzialmente ai requisiti della Call e i cui risultati non risultano ancora pienamente conseguiti e/o adeguatamente rappresentati) e 42 Iniziative (esperienze per la quali, dalla documentazione inviata all'Osservatorio, è possibile una parziale comprensione dello stato di avanzamento dei lavori del progetto e dei risultati conseguiti o pianificati).

In continuità con quanto realizzato negli anni precedenti, tramite nota del Direttore rivolta a tutti gli Assessorati alla Sanità di Regioni e Province Autonome, nonché al Comitato Tecnico delle Regioni per la sicurezza dei pazienti e al Ministero della Salute, nel mese di maggio è stato comunicato l'avvio della Call for good practice 2012. La finestra temporale messa a disposizione per la sottomissione delle esperienze da parte delle organizzazioni sanitarie e dei professionisti va dal 28 maggio

al 14 ottobre 2012; il termine per la valutazione/validazione delle esperienze, da parte dei referenti regionali, di cui è stata chiesta indicazione da parte degli Assessori nella summenzionata nota, è stato fissato al 31 ottobre.

La revisione della scheda di rilevazione delle esperienze ha riguardato la previsione dell'obbligatorietà per alcuni campi, quali la sintesi per il cittadino nell'ottica dell'informazione agli utenti in merito alle iniziative attivate per il governo clinico sul territorio nazionale, nonché sulla localizzazione e l'impatto di esse. A tal proposito, è stato chiesto ed ottenuto input da esperti di comunicazione al cittadino dell'Istituto Mario Negri di Milano su revisioni da apportare alle linee guida alla compilazione delle buone pratiche che indirizzassero i professionisti verso la presentazione di una sintesi delle loro esperienze realmente fruibile da parte del cittadino. È stata pertanto revisionata la guida alla compilazione ed è stata predisposta una versione in lingua inglese della stessa (cfr. [Allegato 5](#)). Ancora con l'obiettivo di garantire una maggiore fruibilità del portale e del database delle buone pratiche, sia da parte dei professionisti che dei cittadini, è stata completamente rinnovata la veste grafica del portale dell'Osservatorio.

Diffusione, valorizzazione e promozione del trasferimento delle buone pratiche dell'Osservatorio

In riferimento alla fase di diffusione e informazione prevista dal ciclo delle Buone Pratiche, e con l'obiettivo di garantire adeguata visibilità e valorizzazione alle esperienze inviate all'Osservatorio Buone Pratiche, l'Agenas ha partecipato a numerosi convegni nazionali ed internazionali sul tema del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti, favorendo la presentazione delle buone pratiche da parte degli autori o presentando essa stessa in tali occasioni gli interventi di miglioramento della sicurezza realizzati sul territorio nazionale e inseriti nel database dell'Osservatorio Buone Pratiche.

Poiché tra gli obiettivi dell'Osservatorio rientra il miglioramento della sicurezza attraverso la promozione del trasferimento delle buone pratiche, per rafforzare la base metodologica su cui fondare il trasferimento delle buone pratiche è stato avviato un progetto in collaborazione con il Network Cochrane Italiano, di cui si parlerà più dettagliatamente in un successivo paragrafo della presente relazione.

È stato sperimentato un modello di trasferimento delle buone pratiche a livello interregionale fondato sullo scambio di esperienze e di conoscenze tra gruppi di Regioni attigue dal punto di vista geografico e di modelli organizzativi per la gestione del rischio clinico. Rientrando tale attività anche nella fase di diffusione prevista dall'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute di cui si dirà in seguito, l'Agenas ha supportato l'organizzazione di tre incontri di diffusione e di scambio di esperienze realizzati a Perugia, Matera ed Udine a cui hanno attivamente partecipato tutte le Regioni e P.A. .Ulteriori informazioni in merito ai tre incontri per la diffusione e lo scambio delle buone pratiche a livello inter-regionale" sono riportate nel paragrafo dedicato alla descrizione delle attività realizzate nell'ambito dell'accordo di collaborazione con il Ministero "Individuazione delle pratiche migliori rivolte al miglioramento della sicurezza delle cure".

L'interesse manifestato dalle Regioni e dai professionisti negli incontri inter-regionali e sulla base dell'invito a proseguire rivolto da questi all'Agenzia, sono attualmente in corso di definizione tre ulteriori incontri che si svolgeranno nell'autunno 2012.

Nell'ottica di una divulgazione e di una diffusione sempre più capillare delle Buone Pratiche, l'Agenas ha presentato le iniziative e le attività in corso e future dell'Osservatorio anche in una sessione delle "Officine P.A." nell'ambito del Forum P.A. 2012.

Tra le attività di diffusione delle Buone Pratiche a livello internazionale è utile menzionare l'incontro, organizzato dall'AIOP Giovani e svoltosi nel corso del semestre di riferimento, tra l'Agenas e una delegazione giapponese della All Japan Hospital Association, organizzazione che comprende strutture sanitarie pubbliche e private, e dalla Toho University di Tokyo. Tale incontro ha rappresentato un momento di utile confronto tra le esperienze delle due Nazioni rispetto alle strategie programmate e messe in atto per migliorare la sicurezza del paziente.

Si ritiene utile menzionare che è attualmente allo studio un modello di trasferimento delle buone pratiche a livello intra-regionale: si intende, cioè, trasferire una buona pratica, selezionata tra quelle presenti nel database dell'Osservatorio, a tutte le strutture sanitarie di una regione. Il progetto, che trovasi in fase di definizione, verrà avviato nel corso del secondo semestre 2012.

Partecipazione alla Survey della Commissione Europea

L'Agenas, in qualità di referente nazionale per le buone pratiche per la sicurezza dei pazienti, è stata coinvolta in uno studio realizzato dalla Commissione Europea, Direzione Generale per la Salute e i Consumatori ('DG SANCO') finalizzato all'instaurazione di un sistema di indicatori per il monitoraggio dell'adozione della strategia di salute pubblica dell'Unione Europea all'interno degli Stati Membri. Detto studio intendeva altresì raccogliere informazioni di natura qualitativa che rendessero conto di eventuali difficoltà e ostacoli incontrati nell'attuazione della Strategia Europea di Salute Pubblica. Tali indicatori sono stati testati e convalidati in quattro Stati Membri, tra cui l'Italia, innalzati a casi di studio, e in cinque aree pilota, tra cui la sicurezza dei pazienti.

42



La prima bozza di mappatura della situazione italiana realizzata sulla base di fonti secondarie è stata verificata ed integrata tramite intervista somministrata ai referenti Agenas dell'Osservatorio Buone Pratiche identificati quale interlocutore nazionali di rilevanza.

I risultati della Survey saranno resi disponibili dalla Commissione Europea nei prossimi mesi.

Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative

Il DMS 11 dicembre 2011 recante l'istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) ha previsto che, a partire dal 2011, il conferimento dei dati relativi agli eventi sentinella e alle denunce dei sinistri rientrassero tra gli adempimenti a cui le Regioni sono tenute per accedere ai finanziamenti integrativi da parte dello Stato.

Sulla base di quanto previsto all'art 2 comma 6 del succitato decreto, l'Agenzia ha proseguito il percorso di modifica/integrazioni ai contenuti informativi tramite il coordinamento del Tavolo Tecnico Inter-regionale a ciò preposto. È stata inoltre effettuata una ricognizione dello stato del conferimento dei dati da parte delle Regioni, principalmente con l'obiettivo di fornire supporto alle Regioni non ancora adempienti.

Con lo stesso obiettivo, nel corso del primo semestre 2012 è stata avviata, in collaborazione con il Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza dei Pazienti, la

seconda indagine nazionale sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze assicurative. L'indagine, attualmente in corso, in continuità con l'analoga analisi realizzata nel periodo 2008/2009, è stata strutturata in due fasi, per ciascuna delle quali è stato realizzato un lavoro di revisione e aggiornamento degli strumenti di indagine sviluppati e impiegati nel corso della precedente indagine, principalmente con l'obiettivo di allineare l'analisi alle mutate esigenze normative. In particolare l'aggiornamento ha riguardato l'inserimento di quesiti inerenti l'istituto della mediazione civile resa obbligatoria a partire dal 2011 nei casi di controversia in materia di risarcimento danni da responsabilità medica e quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Per la prima fase dell'indagine è stato aggiornato il questionario semistrutturato articolato in risposte multiple e aperte, somministrato in formato elettronico ai referenti del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza dei pazienti. Obiettivo della prima fase dell'indagine è stato quello di conoscere anche rispetto alla rilevazione precedentemente realizzata dall'Agenas, quali regioni avessero sviluppato un modello e un sistema di gestione sinistri e polizze, nonché individuare eventuali modifiche apportate ai sistemi delle Regioni che l'avevano già implementato nel 2008.

Per la seconda fase è stato messo a punto lo strumento delle interviste telefoniche. Due le tipologie impiegate: una rivolta alle Regioni che dalla precedente indagine risultavano avere un modello/sistema di gestione sinistri e polizze ed una rivolta alle Regioni che si fossero dotate di tale sistema solo successivamente.

Attualmente è in corso di ultimazione la seconda fase dell'indagine cui seguirà l'elaborazione dei dati raccolti mediante questionario e intervista telefonica, i cui risultati confluiranno in una relazione che sarà messa a disposizione delle Regioni e degli altri stakeholder mediante report, che, dopo essere stato condiviso con il Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza dei Pazienti, verrà diffuso in formato elettronico e pubblicato sul sito dell'Agenzia.

Le attività dell'Osservatorio Nazionale Sinistri sono state presentate nell'ambito del convegno "La centralizzazione nella gestione dei sinistri di responsabilità civile in ambito sanitario - esperienze a confronto" che si è tenuto a Perugia il giorno 11 aprile 2012.

Collaborazione con NETWORK COCHRANE ITALIANO

Nel corso del primo semestre 2012 è stato avviato un progetto in collaborazione con il Network Cochrane Italiano avente l'obiettivo di fornire un supporto metodologico al trasferimento delle buone pratiche tramite la valutazione - tra le pratiche cliniche e organizzative dell'“Osservatorio buone pratiche per la sicurezza dei pazienti” – di quelle sostenute da prove di efficacia di buona qualità e la realizzazione di una revisione della letteratura sull'efficacia dei metodi e degli strumenti di implementazione di queste pratiche. Gli strumenti e i metodi che verranno individuati saranno utili per essere implementati, a seconda dei casi, in azienda sanitaria/ospedale/regione. Nell'analisi finale verrà fatta particolare attenzione alla trasferibilità della pratica identificata e degli strumenti e metodi efficaci per implementarla.

44



Il progetto, della durata di 12 mesi, articolato in tre fasi, ha visto nel periodo di riferimento della presente relazione la realizzazione della Fase I e l'avvio della Fase II. In particolare si è provveduto alla individuazione delle pratiche sostenute da prove di efficacia di buona qualità tramite attività condotte congiuntamente da Agenas e Network Cochrane Italiano. L'Agenzia ha identificato e selezionato, tramite consultazione del database delle buone pratiche, un gruppo di interventi in possesso dei seguenti requisiti:

1. avere prove di efficacia accettabili, quali: linee guida evidence based che le citano e/o le raccomandano, revisioni sistematiche, studi clinici controllati randomizzati, studi osservazionali controllati, analisi delle serie temporali;
2. essere supportate da prove di efficacia rispetto ad un outcome clinico/clinicamente rilevante;
3. essere rappresentate in accordo alle linee guida SQUIRE (www.squire-statement.org) e documentate in maniera completa
4. avere un elevato livello di priorità:
 - a) per buone pratiche organizzative
 - affrontare tematiche proposte come “special focus” delle call annuali
 - Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella (focus 2009)

- Infezioni ospedaliere (focus 2012)
 - Sicurezza in chirurgia (focus 2011)
 - affrontare (prevenzione e gestione) eventi avversi rilevanti (dalla letteratura) per i quali non sono ancora disponibili Raccomandazioni del Ministero della Salute (es. lesioni da pressione, trombosi venosa profonda, infezioni ospedaliere);
- b) per buone pratiche cliniche: essere rappresentative in termini di tematiche e di problematiche delle esperienze presenti nel database dell'Osservatorio.

Dall'elenco finale di 20 pratiche (10 cliniche e 10 organizzative) predisposto da Agenas, i referenti del Network Cochrane Italiano hanno selezionato 4 pratiche (2 cliniche e 2 organizzative) sulla base alla disponibilità di prove di efficacia più numerose e di migliore qualità metodologica. È attualmente in corso la revisione sull'efficacia dei metodi e degli strumenti di implementazione di detto set di pratiche.

Accordi di collaborazione con il Ministero della Salute

L'Agenas ha organizzato una serie di eventi per la diffusione dei risultati finali dell'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute "Individuazione delle pratiche migliori rivolte al miglioramento della sicurezza delle cure", conclusosi nel mese di settembre 2011.

In particolare, nel mese di maggio l'Agenzia ha fornito il suo supporto organizzativo – scientifico a tre Regioni, individuate tra quelle che avevano manifestato la loro disponibilità, nell'organizzazione di tre giornate di approfondimento e confronto. I tre incontri, preparatori e propedeutici al workshop finale, si sono dimostrati un valido strumento di trasferimento della conoscenza e delle esperienze, anche a livello locale.

Il format degli incontri, predisposto dall'Agenas e condiviso con i referenti regionali, ha previsto una sessione dedicata alla presentazione e al confronto tra i modelli regionali di gestione del rischio clinico e i programmi regionali per le buone pratiche, seguiti da una tavola rotonda di dibattito e da una sessione successiva dedicata al confronto tra le aziende.

Il primo dei tre incontri è stato organizzato a Perugia in collaborazione con la Regione Umbria, vi hanno preso parte i referenti delle Regioni Abruzzo, Lazio, Marche, Molise, Umbria, Toscana ed ha previsto un focus sul confronto tra le esperienze di controllo e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

La giornata di Matera ha coinvolto le Regioni Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna e Sicilia in uno scambio di esperienze di miglioramento della sicurezza in ambito chirurgico.

Nel corso dell'ultimo incontro, svoltosi ad Udine, le Regioni Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte, Valle D'Aosta, Veneto e le Province Autonome di Trento e Bolzano si sono confrontate sul tema dei modelli regionali di individuazione, raccolta e valutazione delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti.

La peculiarità e i punti di forza di questo format, evidenziati anche dalle stesse Regioni partecipanti, sono stati quelli di permettere un confronto aperto e diretto tra realtà simili che ha consentito di raggiungere anche le organizzazioni sanitarie e i professionisti a cui la comunicazione delle attività dell'Osservatorio Buone Pratiche non era ancora giunta. È utile ribadire che le tre suddette giornate sono state preparatorie al workshop nazionale finale che si è tenuto a Roma il 5 giugno.

Al workshop hanno partecipato, in qualità di relatori, esperti di fama internazionale quali la Prof.ssa Sharon Kleefield (Harvard Medical School - USA), Dr. Jean Bacou (HAS – Francia) e Dr.ssa Solvejg Kristensen (DSPS – Danimarca) che hanno illustrato lo stato dell'arte e le prospettive internazionali in materia di buone pratiche e di sicurezza del paziente; è, inoltre, intervenuta la Dr.ssa Paola Mosconi (Istituto Mario Negri) che ha illustrato i primi risultati della collaborazione attualmente in essere tra l'Agenas e il Network Cochrane Italiano. Gli interventi dell'Agenzia (Dr.ssa Labella e Dr. Tozzi) hanno delineato lo stato dell'arte delle attività dell'Osservatorio e le prospettive future a livello nazionale/inter-regionale/intraregionale.

La sessione pomeridiana del workshop è stata interamente dedicata alla presentazione dei risultati conseguiti nell'ambito dei tre seminari interregionali e al ruolo futuro dell'Osservatorio Buone Pratiche a supporto delle politiche e delle strategie regionali di promozione della sicurezza dei pazienti.

Si è concluso l'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute "Monitoraggio dell'implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella"; in tale periodo ha avuto luogo la sperimentazione del sistema di monitoraggio, progettato, sviluppato e revisionato in collaborazione con il gruppo informatico dell'Agenas . La sperimentazione si è svolta nel periodo 15 dicembre 2011 – 27 febbraio 2012 e vi hanno aderito 18 tra Regioni e Province Autonome per un totale di 153 strutture. La sperimentazione, fondata su adesione volontaria, prevedeva la compilazione di questionari relativi alle singole raccomandazioni ministeriali, per un totale di 13, e la successiva validazione da parte di un supervisore regionale. I dati ottenuti dalla sperimentazione sono stati, poi analizzati ed elaborati da un apposito software (Oracle Business Intelligence – BI) per il quale sono stati creati due profili di accesso: uno centrale (Agenas e Ministero della Salute) che permette l'analisi di tutti i dati, dal livello nazionale fino a quello aziendale, e uno regionale che permette l'analisi dei dati regionali e di quelli delle aziende di pertinenza territoriale. Tutti i referenti regionali sono stati dotati di credenziali di accesso al sistema BI perché analizzassero i dati relativi alle aziende del proprio territorio e fornissero eventuali feedback all'Agenzia in merito alla usabilità e alla utilità del sistema. Si allega la relazione finale delle attività previste dall'accordo di collaborazione in oggetto (cfr. [Allegato 6](#)).

Poiché il sistema di monitoraggio online dell'implementazione delle raccomandazioni è uno strumento dinamico, in grado di monitorare l'applicazione delle raccomandazioni vigenti e future, si è concordato con il Ministero che il monitoraggio dovrà avvenire con una cadenza annuale.

Attualmente, è in fase di pianificazione l'evento finale di diffusione dei risultati che, su indicazione dei referenti del Ministero della Salute, avrà luogo nell'ambito del VII Forum Risk management in Sanità che si terrà ad Arezzo nel mese di novembre.

Ricerca Autofinanziata: “Modelli innovativi per la gestione dei rischi e per il rating delle strutture sanitarie basato su un approccio integrato al miglioramento continuo della sicurezza, accreditamento e qualità”, Sottotitolo “Identificare i pericoli e valutare i rischi nelle Organizzazioni sanitarie per assumere decisioni migliorative della sicurezza”

Conclusesi le attività di ricerca, è stata predisposta la relazione scientifica finale (cfr. Allegato 7) e sono attualmente in corso le attività di diffusione dei risultati tramite pubblicazione online sul sito dell'Agenas e pubblicazione in uno dei prossimi numeri del supplemento “Quaderni di Monitor”.

Ricerca Autofinanziata: “Un modello per la gestione del rischio nelle strutture sanitarie (Sviluppo e sperimentazione di un sistema per l’autovalutazione e la valutazione esterna della sicurezza delle strutture sanitarie)”

È stato avviato il progetto di ricerca autofinanziata avente come finalità quella di contribuire al processo di miglioramento della qualità e della sicurezza delle strutture sanitarie, tramite la messa a punto di metodologie e modelli condivisi per l’autovalutazione e la valutazione esterna, che tengano conto di quanto già realizzato a livello internazionale, nazionale e regionale. È previsto che detto modello venga valutato mediante sperimentazione in alcune strutture ospedaliere e residenziali di una regione italiana, individuata nella Regione Molise che ha aderito al progetto tramite nota formale dell’Assessore alla Sanità. Il progetto prevede la collaborazione di Federsanità – ANCI che ha maturato una discreta esperienza principalmente nella formazione degli operatori per la gestione del rischio clinico.

Le prime fasi del progetto, che ha durata 18 mesi, hanno riguardato la costituzione di Tavolo di Coordinamento, costituito da Agenas, Federsanità – ANCI e Regione.-

Nel periodo maggio-giugno si è provveduto ad elaborare un modello di intervento costituito da un set di requisiti per la sicurezza dei pazienti e di check list per la sua applicazione, fondato sulle evidenze disponibili a livello internazionale e nazionale e sui risultati del progetto Sanitas, le cui fasi finali vengono descritte in un successivo paragrafo.

Si è provveduto all'organizzazione di un primo incontro informativo destinato a tutti i Direttori dei Distretti e ad alcuni Dirigenti della Regione e dell'ASREM (in totale circa 15 persone) in cui sono state illustrate le finalità e le modalità operative di realizzazione del progetto.

Si è, inoltre, provveduto ad elaborare un documento volto ad illustrare gli obiettivi e le finalità del corso di base, che sarà su adesione volontaria e fornirà agli operatori sanitari metodi e strumenti necessari all'elaborazione e sperimentazione di un modello per la gestione del rischio; li informerà e li renderà consapevoli riguardo a metodi e strumenti diffusi a livello internazionale e nazionale per la gestione del rischio clinico e la prevenzione dell'errore; fornirà ai partecipanti gli strumenti atti all'ottimizzare dello svolgimento delle proprie attività, concorrere alla realizzazione di un modello basato su indicazioni nazionali e internazionali. È in corso di definizione il programma di dettaglio del corso che sarà realizzato nel mese di settembre.

Ricerca Autofinanziata: “SANITAS (Self-Assessment Network Initial Testing and Standards)”

Il progetto SANITAS, avente come obiettivo quello di dotare la dirigenza e il personale sanitario di uno strumento per l'autovalutazione e la valutazione tra pari, su base volontaria, della qualità e della sicurezza degli ospedali, è proseguito, nel semestre di riferimento, con la organizzazione di un incontro tra le dieci strutture partecipanti e gli esperti che hanno messo a punto il tool per l'autovalutazione. Scopo di detto incontro è stato la discussione dei risultati delle validazioni effettuate dalle singole strutture.

Secondo quanto stabilito nel corso del precedente incontro, la validazione del tool è avvenuta tramite la metodologia RUM(B)A che consente la valutazione, per ogni criterio previsto dal tool di rilevanza, comprensibilità, misurabilità, realizzabilità.

La procedura di validazione, definita dall'Agenas in collaborazione con i referenti delle strutture ospedaliere partecipanti alla sperimentazione, può essere schematizzata nei seguenti step:

- presentazione del progetto agli stakeholders e discussione degli elementi-chiave dello stesso all'interno di gruppi multidisciplinari di professionisti

- compilazione del questionario per l'autovalutazione da parte dei singoli professionisti
- discussione dei risultati delle validazioni effettuate dai singoli professionisti e sovrapposizione delle stesse a formare un unico file

I referenti delle strutture individuate, lavorando in accordo alla metodologia descritta, hanno valutato la Rilevanza, la Comprensibilità, la Misurabilità e la Realizzabilità di ciascun criterio costituente il toolkit, fornendo commenti e proposte di modifica/integrazione.

I risultati delle validazioni effettuate dalle singole strutture sono stati aggregati e sottoposti a una analisi preliminare da parte dell'Agenzia.

50



Il lavoro dei referenti delle strutture coinvolte, il confronto e la discussione con l'Agenas e con gli esperti nazionali e internazionali partecipanti al progetto hanno condotto alla messa a punto di una seconda versione del toolkit (cfr. [Allegato 8](#)). Con la release n.2 dello strumento SANITAS si è inteso principalmente ovviare alla complessità (in termini di numero di criteri e di ripetizioni) della versione precedente che si è ritenuto utile altresì integrare con l'indicazione della fonte per ogni criterio.

DAY SURGERY DATA PROJECT³

L'Agenas, in qualità di Associated Partner del progetto Day Surgery Data Project, ha collaborato alla elaborazione del Deliverable N° 7, "Defining a minimum and an ideal set of DS indicators" (cfr. [Allegato 9](#)), sottomesso alla Commissione Europea nell'aprile 2012, in accordo con la tempistica prevista nell'Annesso Tecnico al Contratto. Il report contiene l'indicazione di un set minimo e di un set "ideale" di indicatori di Day Surgery che, superando i limiti della variabilità dei sistemi informativi nazionali, si propone di consentire una valutazione e il confronto delle prestazioni di Day Surgery erogate nei Paesi Europei.

Joint Action PaSQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care)

Con la finalità di divulgare le buone pratiche a livello internazionale e di garantire il collegamento dell'Osservatorio con le strategie internazionali in materia di sicu-

³ L'attività è svolta in collaborazione dalle *Sezioni Qualità e Accreditamento e Organizzazione Servizi Sanitari*

rezza del paziente, nel corso del 2011 l'Agenzia ha avviato la partecipazione alla Joint Action PaSQ avente come obiettivo generale quello di contribuire alla sicurezza dei Pazienti e alla qualità delle cure, rafforzando la cooperazione tra i Paesi Europei tramite la condivisione della conoscenza, delle esperienze e delle migliori pratiche, promuovendo la trasferibilità e l'implementazione di quest'ultime nei paesi membri dell'Unione Europea.

Il progetto prende le mosse dalla Raccomandazione del Consiglio d'Europa del 9 giugno 2009 sulla Sicurezza del Paziente che stima tra l'8% e il 12% la percentuale dei pazienti ospedalizzati che subiscono eventi avversi.

La Joint Action, di durata triennale, si propone di raggiungere il summenzionato obiettivo generale, declinato in 6 obiettivi specifici, realizzando una serie di attività organizzate in 7 pacchetti di lavoro. Il coinvolgimento dell'Agenas riguarda i pacchetti WP2 – Dissemination e WP4 - Patient Safety Good Clinical Practices per la cui realizzazione è stata messa a disposizione dei partner europei la piattaforma web per la raccolta delle buone pratiche a livello nazionale e l'esperienza nella raccolta, diffusione e trasferimento delle buone pratiche acquisita nel corso dei quattro anni di attività dell'Osservatorio.

L'Agenas è stata invitata a contribuire alla definizione di un framework di riferimento relativamente ai temi della qualità in generale e della sicurezza del paziente nello specifico, e a condividere con i partecipanti al progetto l'esperienza dell'Osservatorio Buone Pratiche relativa alla raccolta e alla diffusione delle stesse. A tal fine si è provveduto alla traduzione in lingua inglese della guida alla compilazione e della scheda di rappresentazione delle buone pratiche il cui utilizzo nell'ambito del WP4 è in corso di valutazione da parte di tutti i partner coinvolti. L'Agenas ha inoltre messo a disposizione del WP4, su specifica richiesta del WP leader, una buona pratica presente nel database dell'Osservatorio quale caso da proporre per il trasferimento a livello europeo.

Per le attività inerenti la gestione del rischio clinico e la promozione della sicurezza dei pazienti, l'Agenas ha garantito la partecipazione agli incontri mensili del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza dei Pazienti.

L'integrazione sociosanitaria

3

Predisposizione di indirizzi organizzativi e di processo per i servizi ospedalieri e territoriali⁴

In risposta all'indirizzo della Conferenza Unificata in oggetto, nel corso del primo semestre 2012, l'attività dell'Agenas in materia di organizzazione dei servizi sanitari è stata orientata all'ulteriore approfondimento ed implementazione dei programmi, dei quali alcuni già sviluppati nel corso del secondo semestre 2011, di seguito descritti nel dettaglio, quali:

- promozione e monitoraggio dell'integrazione sociosanitaria;
- assistenza sociosanitaria per gli anziani non autosufficienti: cronicità e prevenzione;
- assistenza territoriale e Accesso alla Rete dei Servizi Sanitari e Sociosanitari Regionali;
- medicina generale, distretti e cure palliative;
- pareri e supporto giuridico nella predisposizione di Piani Sanitari Regionali;
- monitoraggio dell'implementazione degli obiettivi stabiliti dal PSN;
- ricerche Europee sull'attività di Day Surgery;
- ulteriori attività e approfondimenti.

Inoltre, attraverso la Sezione OSS insieme alla Sezione Q&A, Agenas partecipa allo sviluppo di linee progettuali inerenti l'accreditamento e descritte in dettaglio.

⁴ a cura della *Sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari*

Promozione e Monitoraggio dell'integrazione sociosanitaria

L'integrazione sociosanitaria costituisce un obiettivo prioritario del Servizio sanitario nazionale (SSN) fin dalla sua origine, come necessario presupposto per rispondere ad un bisogno di salute ampio e complesso, in particolare nelle fasce a rischio, quali l'area materno-infantile, gli anziani, i disabili, i malati mentali, i tossicodipendenti, i malati terminali, i malati di HIV.

La normativa nazionale affronta questo tema a partire dall'istituzione del SSN con la legge n. 833 del 1978. Tale legge unifica in un'unica struttura, l'Unità sanitaria locale (USL), i diversi servizi volti alla tutela della salute e attribuisce la gestione stessa dei servizi sanitari all'ente più vicino ai cittadini: il Comune o l'Associazione dei Comuni. Nasce, presto, la necessità di ripartire competenze e risorse tra Comuni e Unità sanitarie locali, basti pensare agli interventi normativi degli anni Ottanta, prima di tutto il DPCM 8 agosto 1985 sull'integrazione sociosanitaria.

Il passaggio successivo, fortemente improntato alla ricerca di strumenti di maggiore efficienza e razionalizzazione delle spese, è riconducibile alla trasformazione delle Unità sanitarie locali in Aziende con il decreto legislativo n. 502/1992. Tale riforma ha separato il momento politico da quello tecnico, escludendo gli enti locali dalla gestione dei servizi sanitari. Nella modifica introdotta dal successivo decreto legislativo n. 517/1993 si corresponsabilizza l'ente locale alla definizione degli indirizzi e alle attività di verifica, tramite la creazione di Conferenze dei sindaci da istituire in ogni Azienda USL.

L'integrazione sociosanitaria ha acquistato una nuova centralità in epoca recente, per lo stesso cambiamento del quadro epidemiologico, con il crescente aumento delle patologie croniche stabilizzate, di quelle cronico-degenerative legate soprattutto all'invecchiamento della popolazione, e con la maggiore diffusione di malattie con determinanti sociali per l'incremento delle disuguaglianze. Questo tipo di condizioni non può trovare una risposta esaustiva nei tradizionali centri sanitari (ospedali e servizi ad alta specializzazione), ma richiede la costruzione di una rete di servizi sociosanitari che si prenda carico complessivamente dei problemi della popolazione.

Questa consapevolezza è maturata in una serie di riforme istituzionali che nel settore sanitario si sono incentrate nel Piano sanitario nazionale 1994-1996, che recupera l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria da realizzarsi prima di tutto nel Distretto, e trova nuovo sviluppo nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 e nel decreto legislativo n. 229/1999. Quest'ultimo, la cosiddetta "Riforma ter" del SSN, prevede forme nuove ed incisive di partecipazione degli enti locali al sistema sanitario nell'ambito della programmazione regionale, aziendale e distrettuale, con concorso alla definizione del piano sanitario regionale, del piano attuativo locale e del programma delle attività territoriali. Per quanto riguarda l'integrazione sociosanitaria lo stesso decreto individua nuovi criteri per distinguere le prestazioni tra sanitario e sociale (prestazioni sociali a rilevanza sanitaria; prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, con la sottocategoria delle prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria, che rientrano nei Livelli essenziali di assistenza, caratterizzate dalla particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria), nel tentativo di chiarire cosa compete al Comune e cosa alle Aziende sanitarie. Si specifica, inoltre, che il Distretto è tenuto a garantire anche le prestazioni sociosanitarie e a programmarle in forma concertata con i Comuni tramite il piano delle attività territoriali.

In attuazione di queste norme, l'atto di indirizzo e coordinamento approvato con DPCM 14 febbraio 2001 identifica criteri per pervenire alla definizione delle prestazioni sociosanitarie, tra i quali quelli dell'appropriatezza, della modulazione di intensità e di complessità dei fattori produttivi, ribadendo altresì l'importanza della valutazione multidisciplinare del bisogno, la predisposizione dei piani personalizzati di assistenza, l'approccio progettuale.

Nel settore sociale, un riferimento normativo organico è intervenuto solo con la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, legge n. 328/2000; l'art. 8 di tale norma stabilisce che le Regioni, nel determinare gli ambiti territoriali delle zone sociali, prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti di norma coincidenti con i Distretti sanitari. Si tratta di un'indicazione importante, in quanto un Distretto che coincida territorialmente con l'ambito sociale può rappresentare meglio la comunità locale ed essere facilitato nelle modalità programmatiche ed operative.

La vera svolta in questo ambito si ha nel 2001, allorché una profonda trasformazione dell'assetto istituzionale del Paese in senso federalistico viene prevista dalla riforma del Titolo V, Parte seconda, della Costituzione con la legge costituzionale n. 3/2001.

Questa trasformazione è rilevante per diversi aspetti, in primo luogo per l'affermazione del principio fondamentale della sussidiarietà sia verticale, fra le stesse istituzioni, che orizzontale, tra istituzioni e comunità. Si tratta qui della partecipazione di diversi soggetti alla gestione dei servizi partendo da quelli più vicini ai cittadini e, quindi, al luogo dove si evidenziano i bisogni.

Un principio secondo cui la generalità delle competenze è attribuita al livello regionale e locale, mentre al livello centrale spetta la competenza esclusiva nella "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (art. 117, co. 1, lett. m, Cost.) come fondamentale elemento di unitarietà di un sistema che sceglie la differenziazione come valore positivo.

Le Regioni, con la riforma del Titolo V, Parte seconda, della Costituzione sono, quindi, chiamate ad esercitare nuove competenze in un ambito di autonomia ben più ampio. L'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria e della realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali sul territorio è presente nella programmazione regionale. La normativa regionale appare fortemente connotata dal valore dell'integrazione tra sanitario e sociale, anche in un modello che prevede la titolarità separata nell'esercizio delle funzioni sociali e sanitarie e la separazione delle competenze finanziarie.

L'integrazione sociosanitaria sta cominciando a passare da una definizione di intenti alla identificazione di strumenti operativi, che devono necessariamente coinvolgere attori diversi, compresi gli erogatori pubblici e privati, sia profit che no-profit. Le scelte regionali, comunali e aziendali saranno determinanti in questo senso, ma occorre anche chiarire ai diversi livelli di governo cosa si intende garantire a tutti i cittadini e con quali risorse.

La difficoltà risiede nella definizione del sistema, che risulta essere ancora in profonda trasformazione, con confini piuttosto incerti, da cui la necessità di definire priorità sociali e sociosanitarie e le relative risorse, scelte che implicano una riflessione sul futuro stesso dell'intero sistema di welfare che si intende realizzare.

Nel sistema dell'integrazione sociosanitaria costituisce un problema il fatto che mentre sono stati determinati, come fondamentale elemento di unitarietà, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) che devono essere garantiti a tutti i cittadini (DPCM 29 novembre 2001), sul versante sociale non esiste ancora l'atto formale di definizione dei livelli essenziali dell'assistenza sociale, come invece è richiesto dalla legge quadro dei servizi sociali n. 328/2000. La definizione dei cosiddetti LIVEAS sembra trovare un ostacolo nella difficoltà che si incontra nell'individuare non solo le prestazioni sociosanitarie e sociali, ma anche le risorse per erogarle.

Il DPCM 29 novembre 2001 indica i servizi e le attività sociosanitarie che rientrano nei LEA (All. 1C), recependo le indicazioni dell'atto di indirizzo e coordinamento del 14 febbraio 2001, e fornisce ulteriori indicazioni. L'allegato, tuttavia, ha suscitato discussioni e conflitti, in quanto prevede un riparto di competenze e oneri tra Aziende sanitarie locali e Comuni rispetto ad una serie di prestazioni sociosanitarie che rende urgente individuare risorse nuove per gli enti locali, di entità ben più ampia di quelle attualmente previste nel Fondo nazionale per le politiche sociali; Fondo che con la manovra finanziaria per il 2011 ha visto un drastico ridimensionamento passando dai 435,257 milioni di euro per il 2010 ai 218,084 milioni di euro per il 2011.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 ha posto l'integrazione sociosanitaria tra i principi fondamentali del sistema sanitario italiano e come uno dei punti di riferimento per la graduale transizione del sistema dalla sanità alla salute. Il Piano dedica particolare attenzione ai servizi territoriali. Indica, infatti, come obiettivi fondamentali, la costruzione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili, nonché la promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari. Inoltre, affronta in maniera esplicita il problema del rapporto tra salute e sociale, indicando che nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione sociosanitaria, e fissa obiettivi di tutela per le fasce più a rischio. Il Piano richiama, inoltre, uno dei nodi centrali del problema: la necessità di individuare nuove e specifiche risorse per questa area, anche per far fronte alle prestazioni escluse dai LEA.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 ha sottolineato la necessità dell'integrazione considerandola un'area assistenziale nella quale la mancata azione sul piano dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario ed ha promosso lo sviluppo di interventi integrati finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà del percorso assistenziale e la diffusione di strumenti istituzionali di programmazione negoziata fra i Comuni associati e tra questi e le ASL.

Il precedente Patto per la salute 2007-2009 ha precisato che il miglioramento delle prestazioni richiede un significativo rafforzamento delle attività di prevenzione, la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie, nonché lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria a cominciare dall'assistenza ai non autosufficienti. Il Patto per la salute 2010-2012, invece, all'articolo 9 stabilisce, anche al fine di agevolare i processi di deospedalizzazione, che nelle singole Regioni e Province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti siano oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di fissazione dei LEA. L'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale eseguita con gli strumenti valutativi già decisi di comune accordo da Regioni e Ministero. È, inoltre, prevista l'attivazione e la trasmissione al Nuovo sistema informativo sanitario del Ministero dei flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale.

Anche i più recenti Accordi sugli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per gli anni 2009 e 2010 dedicano particolare attenzione alle cure primarie, nell'ambito delle quali le Regioni possono garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali. Inoltre, viene posta in primo piano la problematica della non autosufficienza per la quale risulta assolutamente necessario contrastare la molteplicità dei fattori che concorrono a determinarla ed aggravarla, anche attraverso il rafforzamento delle reti assistenziali con una forte integrazione dei servizi sanitari e sociali.

In tale ottica diviene di fondamentale importanza l'incremento dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI), considerato uno degli obiettivi prioritari che il SSN vuole perseguire in tutto il territorio per garantire alla persona fragile e/o non auto-

sufficiente la permanenza presso il proprio domicilio, con la realizzazione di un progetto di cura e assistenza multiprofessionale. Inoltre, in coerenza con la normativa nazionale citata le Regioni possono avviare specifici progetti (relativi, ad esempio, ai Punti unici di accesso; ai sistemi informativi regionali per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare e delle prestazioni residenziali e semiresidenziali; ecc.).

La proposta di Piano sanitario nazionale 2011-2013 (che non ha ancora completato l'iter di approvazione; ha ricevuto per ora il parere positivo dalla Conferenza Unificata il 22 settembre 2011) attribuisce al Distretto il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale al quale sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (Medici di medicina generale e altre professionalità convenzionate). La proposta di Piano prevede che la costruzione del processo di integrazione non possa prescindere dalla preliminare identificazione formale delle responsabilità specifiche nella conduzione integrata degli interventi, delle risorse e dei soggetti istituzionali presenti sul territorio (Azienda sanitaria locale, Comune, Provincia).

La manovra finanziaria per il 2011 ha ridimensionato i fondi statali di carattere sociale ed ha azzerato il Fondo nazionale per le non autosufficienze, con conseguenze rilevanti sul mantenimento di importanti politiche socioassistenziali, in un Paese dove a fronte di almeno 2,6 milioni di persone non autonome nello svolgere le normali funzioni quotidiane le risorse pubbliche destinate a sostenere le disabilità e la non autosufficienza sono assolutamente esigue in rapporto a quanto viene speso nel resto d'Europa.

A fronte delle considerazioni sopra espresse, l'Agenas, nel primo semestre 2012, ha portato avanti la collaborazione avviata nel 2010 con il gruppo di lavoro istituito dalla Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria (SIQUAS) che ha organizzato e svolto un "percorso" di confronto e di ricerca sui temi della Qualità nell'integrazione sociosanitaria e socioassistenziale per pervenire, quale risultato di sintesi del percorso, ad una nuova Raccomandazione SIQUAS sul tema: "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario".

L'Agenzia, attraverso la sezione dedicata OSS, in particolare, nel semestre di riferimento ha:

- aggiornato e definito, mediante l'analisi dei provvedimenti normativi e degli adempimenti di interesse nazionale e regionale, le diverse ricerche mirate all'inquadramento normativo ed organizzativo dell'assistenza sociosanitaria e all'analisi delle esperienze regionali in materia di integrazione sociosanitaria per aree prioritarie;
- completato il Glossario scientifico sull'integrazione costituito da 75 voci/espressioni, alcune articolate in sotto voci, afferenti ad alcune aree tematiche: domiciliarità e metodi innovativi di assistenza sul territorio, aspetti giuridici e di finanziamento, strategie e tecniche del lavoro di integrazione, idee e strumenti per la qualità;
- elaborato due contributi su "L'integrazione e i riferimenti normativi" e "Le parole dell'integrazione".

Il Glossario e i contributi di carattere normativo sono parte integrante della Raccomandazione presentata a Roma il giorno 16 marzo 2012 presso l'Aula Magna del Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo facciali in Viale Regina Elena, 287/A – Roma.

L'Agenas, oltre ad essere coinvolta a partecipare all'evento per esporre i contributi Agenas, ha anche collaborato attivamente all'organizzazione dell'evento per il coinvolgimento dell'Agenas come Partner della Consensus Conference.

Nell'ambito della collaborazione con la SIQUAS, Agenas è stata, infine, coinvolta insieme ad altri componenti del Gruppo di lavoro a presentare la Raccomandazione agli Enti, Organizzazioni, Aziende e strutture, che lavorano sul tema, come guida per la costruzione, l'utilizzo e la valutazione dei propri programmi. A tal fine, la Sezione OSS Agenas, il 30 maggio 2012, ha partecipato alla giornata di studio su "Il Servizio Sociale nelle Aziende Sanitarie del Lazio di fronte alla sfida dell'Integrazione Socio-Sanitaria" promossa dall'ordine degli Assistenti Sociali.

Forum sulla Non Autosufficienza

Il 3° Rapporto promosso dall'Irccs-Inrca per il Network nazionale per l'invecchiamento ricorda come, secondo le proiezioni dell'Istat, la popolazione ultraottantenne in Italia, quella presso cui si concentra il maggior fabbisogno assistenziale, passerà dagli attuali 2,9 a ben 7,7 milioni nel 2030, con un numero di persone non autosufficienti pari a 3,5 milioni contro gli attuali 2 milioni. Come noto, oltre questa età cresce enormemente la prevalenza ed incidenza di perdita dell'autonomia. A fronte di questa richiesta di assistenza sempre maggiore, siamo di fronte all'ormai progressivo indebolimento delle strutture familiari che ancora oggi, più del sistema pubblico, si stanno occupando degli anziani non autosufficienti. Le statistiche sulla povertà in Italia, inoltre, confermano ogni anno la sostanziale stabilità del fenomeno di cui la non autosufficienza è uno dei fattori aggravanti. Né si può ignorare il nuovo scenario che si andrà a configurare con le nuove età di pensionamento (soprattutto delle donne, tradizionalmente perno dell'assistenza informale). Occorre programmare con lungimiranza come mantenere un sistema di protezione individuale e sociale adeguato, in cui siano salvaguardate le caratteristiche fondanti di universalità.

La solidarietà e l'equità nell'accesso alle cure, la partecipazione dei cittadini e la centralità dei bisogni delle popolazioni, l'integrazione delle aree di assistenza ed infine la continuità assistenziale, mediante una visione complessiva ed indirizzo delle persone nelle adeguate sedi di cura-trattamento, sono i punti chiave per affrontare il tema della non autosufficienza, in linea del resto con i contenuti della Dichiarazione di Alma-Ata, confermati e ripresi, di recente, da altri documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (tra cui la carta di Tallinn del 2008 e il report "Primary Health Care – Now More Than Ever" di Almaty, 2008).

L'assistenza agli anziani non autosufficienti può essere adeguata ed appropriata solamente se per principio rispettosa della dignità e libertà dell'individuo. Vanno costruite reti a baricentro territoriale, con esplicito mandato di governo ad un'organizzazione unitaria, che oggi appare poter essere preferibilmente il Distretto.

In Italia, la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale assegna al Distretto la funzione di realizzare servizi di prossimità, di rappresentare la comunità locale, conoscerne i bisogni e di garantire "l'erogazione dei servizi di primo livello e di

pronto intervento". Dal punto di vista della legislazione nazionale, il Distretto sanitario ha vissuto un'evoluzione sostanziale dal 1978 al 1999 diventando una struttura operativa della Azienda Sanitaria Locale deputata a contribuire alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) riferibili al sistema della primary health care. L'integrazione sanitaria e sociosanitaria è una delle sue finalità caratterizzanti, che si traduce principalmente nella proposizione, attuazione e verifica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale e nella realizzazione della continuità assistenziale, specialmente per persone con bisogni di cure ed assistenza long term, per situazione quasi sempre di elevata complessità.

Lo sviluppo verso il federalismo sanitario, che trasferisce dallo Stato alle Regioni ed Autonomie locali poteri di programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari ed una maggiore responsabilità nel reperimento autonomo delle risorse per la sanità, ha fatto sì che anche per il Distretto si attuino diversi modelli organizzativi nelle differenti realtà regionali nei contesti differenti. Tuttavia, pur nelle diverse interpretazioni e declinazioni regionali o locali, il Distretto appare essere la prima organizzazione candidata ad esercitare un ruolo chiave nel progresso dei sistemi di long term care per la non autosufficienza.

In considerazione dell'attuale andamento demografico, del contesto economico-finanziario del servizio sanitario e dei servizi sociali, il tema della non autosufficienza si colloca al primo posto tra quelli che nel breve e medio periodo devono essere affrontati per trovare nuovi equilibri tra offerta e domanda, tra costi e benefici. Le scelte di politica sanitaria, incentrate sulle valutazioni di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse con riguardo al setting ambulatoriale, dei ricoveri ospedalieri e delle prescrizioni farmaceutiche con lo scopo di ottimizzare la spesa nel rispetto dei LEA, impongono al territorio di caratterizzarsi come nuovo soggetto attivo in grado di intercettare il bisogno sanitario e di farsi carico in modo coordinato, unitario e continuativo delle necessità sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali dei cittadini.

L'Agenas ha partecipato alla prima edizione del Forum sulla Non Autosufficienza vira verso Sud, che si è tenuto a Bari nei giorni 18 e 19 aprile 2012 dedicato al tema delle disuguaglianze e della povertà in tempi di crisi con un Workshop sul tema "Distretto, disuguaglianze e non autosufficienza". Il Workshop ha messo in luce gli elementi dell'attuale crisi finanziaria e di crisi del welfare, con particolare riguardo alla riduzione della spesa sociale e ad altri fattori che rischiano di colpire

le persone non autosufficienti e le famiglie. Inoltre, ha rappresentato l'occasione per discutere e approfondire il tema delle risorse e dell'assistenza territoriale, partendo dalle priorità assegnate dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale al fine di migliorare, uniformare e rendere più appropriati i LEA collegati alla condizione di non autosufficienza, e di avanzare proposte in grado di attivare strategie strutturali al fine di governare le differenziazioni e ricondurle a un piano di equità sociale e territoriale rispondente ai bisogni di salute delle persone.

Assistenza Sociosanitaria per gli anziani non autosufficienti

Cronicità e prevenzione

L'esponenziale incremento delle patologie croniche e le criticità ad esso connesse sono un argomento di particolare rilevanza che guadagna sempre più attenzione anche sotto il profilo programmatico; pertanto l'Agenas segue lo sviluppo e l'evoluzione della dottrina giurisprudenziale in merito, sia in ambito Nazionale, che Regionale. Le patologie legate all'invecchiamento, in particolare quelle croniche, sono aumentate del 50% negli ultimi 10 anni e incidono, a seconda di come vengono prevenute e trattate, sul livello e sui tempi della disabilità. Il consumo di risorse socio-sanitarie per le persone oltre i 75 anni è 11 volte superiore alla classe di età 25-34 anni e che i pazienti cronici rappresentano già il 25% della popolazione e assorbono il 75% della spesa.

La normativa nazionale attribuisce primaria importanza al tema della cronicità, non soltanto quando questa viene espressamente menzionata, ma anche in tutti gli atti che riguardano il tema della prevenzione. Agenas segue l'evoluzione della normativa inerente al tema dell'assistenza ai malati cronici, e partecipa a numerose iniziative al riguardo.

Programma Mattoni del SSN - Progetto MATRICE Integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio di pazienti con patologie complesse o con patologie croniche

Il Progetto MATRICE rappresenta una prosecuzione della linea di attività del Programma "Mattoni del SSN", cominciato nel 2003 e conclusosi nel 2007 con

l'obiettivo di riprogettare il sistema informativo sanitario, al fine di supportare il processo di regionalizzazione; favorire l'integrazione dei diversi sistemi informativi; rispettare l'orientamento al cittadino, nel senso di saper descrivere in modo sempre più esauriente i fabbisogni di salute.

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario rappresenta un fondamentale strumento per misurare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio nazionale.

Il Programma "Mattoni del Servizio Sanitario Nazionale" utilizzava una metodologia innovativa, che prevedeva la costituzione di un Gruppo ristretto di Regioni, nel quale veniva individuata una Regione Capofila, col compito di definire un progetto di ricerca specifico e prodotti intermedi poi sottoposti ad un Gruppo allargato di Regioni. Nell'ambito del Gruppo ristretto, di cui facevano parte massimo 4-5 Regioni, venivano definiti molti aspetti operativi. In questo contesto, all'Agenas è stato attribuito il compito di assicurare il supporto operativo e gestionale all'intera iniziativa.

In seguito, è stata avvertita l'esigenza di proseguire il Programma "Mattoni del Servizio Sanitario Nazionale" per portare avanti attività di ricerca non previste e iniziative progettuali per lo sviluppo di nuove tematiche di rilievo primario, funzionali al Programma iniziale. Così come concordato nella Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nel corso della riunione del 15 dicembre 2009, all'Agenas è stato affidato il compito di seguire la prosecuzione del Mattone n.5 sulla cronicità.

Il Progetto è stato denominato "Progetto MATRICE" poiché mira a definire come sintetizzare l'informazione di tutte le prestazioni (ospedaliere, diagnostiche, specialistiche, terapeutiche, ecc.) fornite per alcune concrete patologie croniche e complesse.

Obiettivo generale del progetto è quello di condividere basi informative comuni per arrivare ad un sistema che legga trasversalmente i sistemi sanitari regionali, rispetto a percorsi assistenziali articolati e continuativi. La corretta gestione del malato cronico e del malato con patologie complesse implica l'integrazione tra il ricovero ospedaliero e i percorsi assistenziali presenti sul territorio, prima e dopo il ricovero stesso. La sfida che questo progetto vuole cogliere è quella di prende-

re in considerazione sia gli ambiti territoriali sia i ricoveri ospedalieri, come parti integranti del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale nella sua globalità.

Si intendono utilizzare unicamente flussi informativi già esistenti (anagrafe assistiti, esenzioni per patologia, schede di dimissione ospedaliera, specialistica ambulatoriale, farmaceutica convenzionata, farmaceutica ad erogazione diretta, emergenza urgenza, assistenza domiciliare, assistenza residenziale e semiresidenziale) per poter osservare la gestione delle patologie complesse nelle diverse Regioni e Province Autonome, sulla base di dati la cui validità è condivisa con esse, attraverso operazioni di trasformazione del dato la cui validità verrà stabilita sulla base di rigorosi criteri scientifici. Questo al fine di contribuire ad evidenziare la misura dell'equità nell'erogazione delle cure territoriali.

Il Progetto MATRICE ha una durata biennale (24 mesi) ed ha preso ufficialmente avvio il 7 febbraio 2011. Il progetto viene realizzato mediante l'attivazione di una collaborazione inter-istituzionale tra Agenas, Ministero della Salute, alcune Regioni e alcuni partner scientifici. In particolare il gruppo di lavoro per il sistema di monitoraggio della qualità del SSN (gruppo SMQ-SSN), ha lavorato per l'individuazione e la sperimentazione di indicatori per la valutazione della qualità dell'assistenza fornita ai pazienti affetti dalle patologie oggetto di studio (diabete; cardiopatia ischemica cronica; ipertensione; scompenso cardiaco e demenza).

Nel corso del primo semestre del 2012 si è proseguito con lo sviluppo delle attività di ricerca volte alla costruzione del sistema MATRICE, comprensivo di due software. Il primo software, denominato TheMatrix, è un software open source di estrazione dati dai flussi amministrativi, che consente di identificare i malati oggetto di studio e di seguirne il percorso assistenziale.

Il secondo software, denominato TheOne, verrà costruito attraverso l'aggregazione di due distinti programmi: uno open source, Neo, basato sul linguaggio R (sistema per analisi statistica e relativa grafica) ed uno commerciale in licenza all'Agenzia, Oracle.

Il programma Neo dovrà essere scaricabile dal sito Agenas direttamente in ASL/Regione e servirà a realizzare report operativi per il monitoraggio del processo e a creare report locali semplici. Oracle verrà utilizzato per sistemare ulteriormente i dati elaborati dal sistema R, in modo da creare report centrali dinamici per

ottenere valori di benchmarking utili al confronto tra ambiti territoriali.

In particolare sono state avviate le collaborazioni tra gli sviluppatori del software TheMatrix e gli sviluppatori del software TheOne per stabilire le linee di attività da seguire al fine di ottenere un'efficace sperimentazione del sistema MATRICE presso gli ambiti territoriali coinvolti nel progetto.

In particolare è stato creato un primo prototipo del software TheMatrix e ne è stata testata l'installazione presso gli ambiti territoriali partecipanti alle attività di sperimentazione. È in corso di definizione, inoltre, la licenza con cui rilasciare il software open source.

Per un'effettiva diffusione degli strumenti offerti dal sistema MATRICE presso gli ambiti territoriali coinvolti nel Progetto è stata avanzata la proposta di attivare un piano formativo che coinvolga attivamente i medici di medicina generale nella gestione territoriale dei pazienti con patologie croniche. A tal fine, è in corso la definizione delle modalità per attivare un percorso formativo che sia condiviso ed adattabile nelle varie realtà coinvolte.

Parallelamente a questa attività è stato definito un set di indicatori, estrapolati dalle linee guida maggiormente accreditate in letteratura, calcolabili mediante i flussi sanitari per il monitoraggio del percorso diagnostico-terapeutico (PDTA) del paziente. È in corso la validazione di tali indicatori con un gruppo di medici di medicina generale della Regione Marche e della Regione Abruzzo, al fine anche di verificare l'effettiva applicabilità delle raccomandazioni terapeutiche e di follow up nella pratica quotidiana dei medici di medicina generale.

Nel corso del semestre di riferimento, per le patologie oggetto di studio (diabete; cardiopatia ischemica cronica; ipertensione; scompenso cardiaco e demenza) sono stati elencati, tramite revisioni bibliografiche, i modelli informativi disponibili in letteratura per l'identificazione, tramite dati amministrativi, delle coorti dei pazienti affetti da tali malattie.

Al fine di conferire maggiore solidità scientifica all'intero progetto ed in particolare all'identificazione della prevalenza delle patologie croniche, si prevede di controllare la validità degli algoritmi di definizione delle coorti dei pazienti tramite l'incrocio delle informazioni desumibili dai flussi amministrativi delle aziende sanitarie coinvolte in questa attività, con le diagnosi di trenta medici di medicina generale

affendenti alla SIMG ed operanti nelle stesse aziende.

In questo modo si riuscirebbe a controllare la bontà degli algoritmi utilizzati nel Progetto MATRICE per identificare le coorti di pazienti mediante l'incrocio con le diagnosi dei venticinque medici, i quali vengono ritenuti il Gold Standard necessario a validare gli algoritmi. Gli algoritmi così validati vengono poi inseriti nella versione finalizzata del software TheMatrix per identificare le prevalenze in maniera scientificamente solida.

Progetto CCM 2009: “La prevenzione della disabilità negli anziani ad alto rischio di declino funzionale: definizione e sperimentazione di strumenti ed interventi”

L'Agenas, nell'ambito del Progetto CCM 2009, ha proceduto alla raccolta e all'analisi della normativa sulla “prevenzione della disabilità negli anziani ad alto rischio funzionale”.

I risultati di questa ricerca hanno messo in luce una significativa trasformazione complessiva del modo di percepire ed affrontare l'invecchiamento. I dati delineano uno scenario nel quale i modi di vivere e di percepire l'età anziana si modificano e si evolvono velocemente, anche se queste trasformazioni risentono della variabile territoriale, con un'articolazione che differenzia Nord e Sud, aree urbane e ad alta industrializzazione rispetto ad aree extraurbane, nonché zone montane, rurali, insulari o particolarmente disagiate.

Oltre a questo lavoro di analisi sulle varie indicazioni programmatiche regionali, nel semestre di riferimento l'Agenas ha partecipato attivamente, con l'organizzazione di un incontro, svoltosi il 5 aprile 2012, in cui sono state presentate e condivise le esperienze regionali su progetti relativi alla fragilità, evidenziando la mancanza di una interpretazione univoca di fragilità. L'incontro ha avuto, infatti, l'obiettivo di diffondere i primi risultati della ricerca e le migliori esperienze italiane sulle strategie dell'invecchiamento in salute.

Per tale lavoro, sono state individuate le seguenti Regioni:

- Emilia Romagna
- Liguria
- Lombardia

- Puglia
- Veneto

Sono stati presi in considerazione un gran numero di modelli, definizioni e rappresentazioni della fragilità, e ne è emerso che al momento non esiste una concettualizzazione della fragilità universalmente accettata, anzi vengono utilizzati termini diversi per descrivere concetti simili.

Ciò che è emerso, inoltre, è che la fragilità è diventato, quindi, un tema di crescente importanza nel mondo occidentale. Esiste, infatti, un forte invecchiamento demografico e la fragilità non è la somma di singole condizioni patologiche, ma va interpretata come una patologia complessa e unica, la cui gestione non si risolve sommando più consulenze specialistiche, più prestazioni professionali, più linee guida, più diagnosi, più prescrizioni terapeutiche, bensì attraverso la cooperazione e l'interazione di più professionisti, del paziente, del suo nucleo familiare e sociale connessi in rete.

Progetto CCM 2011: “Indagine conoscitiva sulle strutture deputate all'erogazione dei servizi di prevenzione in Italia”

Nell'ambito operativo inerente l'area sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano Nazionale della Prevenzione e di Guadagnare salute, è stato approvato un progetto di ricerca in cui l'Agenas partecipa come Unità Operativa, accanto all'Ente capofila CNESPS – ISS.

Questo progetto si propone di raccogliere, interpretare e diffondere alle istituzioni interessate informazioni sull'assetto e sulle pratiche delle strutture deputate all'erogazione di servizi di prevenzione nelle Regioni e nelle Aziende sanitarie del Paese.

Secondo la proposta approvata l'ISS condurrà la rilevazione delle strutture suddette, curandone i metodi e i contenuti, mentre l'Agenas si occuperà di effettuare una ricognizione delle norme nazionali e regionali delle strutture deputate all'erogazione dei Servizi di Prevenzione (SDSP). All'interno dell'Azione Centrale il Ministero della Salute ha costituito una Steering Committee con l'obiettivo di coordinare le diverse attività già presenti, inclusa l'iniziativa dell'Osservatorio Italiano della Prevenzione (OIP) e del consorzio delle tre Società Scientifiche nello stesso settore (SITI, AIE, SISMEC).

Nel semestre di riferimento, sono stati svolti diversi incontri, tra cui un Workshop con i referenti delle Regioni. Nello specifico, in data 15 Maggio 2012, si è tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità il I workshop di avvio al progetto al fine di verificare con gli interlocutori regionali i punti fondamentali del lavoro da svolgere. Vi hanno partecipato Cioli Patrizia, Crespina Alessandra e Fei Francesca per la Regione Lazio; Ferro Maria Paola per la Sicilia; Fiacchini Daniel per le Marche; Giaimo Maria Donata per l'Umbria; Laurenti Paolo per il Piemonte; Paolitto Ermanno e Mauro Di Muzio per il Molise; Pinna Clara per il Friuli Venezia Giulia, Nigri Antonio e Principe Bartolomeo per la Puglia, Pizzuti Renato per la Campania, Bedeschi Emanuela e Natali Marinella per l'Emilia Romagna, Ruben Curia per la Calabria, e Ferrari Laura per la Provincia Autonoma di Trento. Erano presenti, inoltre, Antonio Federici e Stefania Vasselli del Ministero della Salute; Mariadonata Bellentani ed Elisa Guglielmi di Agenas, oltre che il gruppo di lavoro CNESPS (Stefania Salmaso, Alberto Perra, Giovanni Fiocco, Edoardo d'Ippolito).

Durante il workshop, i partecipanti hanno discusso le caratteristiche dell'indagine avendo 4 obiettivi:

- Specificare gli obiettivi dell'indagine;
- Definire il livello di dettaglio a cui si desidera disporre di dati descrittivi;
- Determinare il settore (macroarea o linea di intervento del PNP) della prevenzione su cui effettuare un'indagine più dettagliata;
- Raccogliere le indicazioni regionali sulle caratteristiche di interesse da studiare delle strutture di prevenzione.

Per ciò che attiene al punto 1, si è deciso che l'indagine si occuperà di individuare quali sono le strutture coinvolte nell'erogazione di determinate attività di prevenzione, focalizzandosi su aree intersettoriali, effettuando una analisi descrittiva.

Per ciò che attiene al punto 2, si è deciso che:

- l'indagine sugli atti formali sarà condotta a livello regionale, attraverso un lavoro congiunto di AGENAS, dei referenti regionali/provinciali, CNESPS.
- l'indagine descrittiva verrà condotta a livello di ASL.

Le strutture eroganti servizi di prevenzione in ogni Regione verranno identificate attraverso lo studio dei Piani Regionali di Prevenzione (PRP) e degli atti normati-

vi regionali sulle specifiche tematiche prescelte. Ogni referente regionale riceverà un questionario di “contesto” con il quale potrà confermare, escludere o integrare l'elenco delle strutture eroganti servizi di prevenzione precedentemente rintracciate dai ricercatori di CNESPS e AGENAS. I referenti delle strutture così identificate riceveranno un questionario da compilare sulle caratteristiche da raccogliere. Tutta la raccolta di dati e informazioni sarà effettuata via web.

In relazione al punto 3, si è convenuto orientare l'azione conoscitiva verso aree di studio più strettamente connesse alle attività svolte dai Dipartimenti di Prevenzione, decidendo pertanto che l'indagine dovrebbe focalizzarsi sui temi di Guadagnare Salute. In aggiunta, è stato richiesto di occuparsi anche del tema della prevenzione degli infortuni sul lavoro. Per quest'ultimo settore, tuttavia, anche la revisione degli atti formali regionali si presenta molto complessa. Tale punto verrà quindi inserito solo a seguito di una valutazione di fattibilità.

I temi indicati su cui concentrare l'indagine sono:

- obesità;
- disabilità negli anziani;
- promozione dell'attività fisica;
- infortuni sul lavoro (specificamente negli ambiti dell'edilizia e previa valutazione positiva di fattibilità).

Per ciò che riguarda il punto 4, verranno rilevate caratteristiche quantitative descrittive delle strutture coinvolte nell'erogazione delle attività preventive precedentemente riportate attraverso un questionario in fase di elaborazione da parte del CNESPS, che sarà inviato via web ai contatti precedentemente identificati dai referenti regionali.

Progetto: “analisi ragionata dei Piani regionali della Prevenzione (PRP), previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010 – 2012 (PNP): elaborazione di una griglia di analisi evidence based, esame specifico dei singoli PRP e delle diverse attività progettuali, indicazioni operative ai fini di future riprogrammazioni”

Successivamente all'approvazione dei Progetti CCM 2011, l'Agenas è stata coinvolta come Unità Operativa in un progetto di ricerca sulla prevenzione. La

Responsabilità del Progetto è stata affidata al Prof. Antonio Boccia, Direttore del Dipartimento di Sanità pubblica e Malattie Infettive della Sapienza.

Le unità operative coinvolte sono:

- Sapienza Università di Roma;
- Università Cattolica del Sacro Cuore;
- Università di Torino;
- Università di Pavia;
- Agenas.

Nel corso del semestre di riferimento, Agenas, attraverso la sezione OSS, ha partecipato alla 1° riunione del tavolo tecnico previsto dal progetto finanziato dal Ministero della Salute, che si è svolta il 3 aprile 2012 presso il Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive di Sapienza Università di Roma, durante la quale sono emersi numerosi spunti per l'elaborazione del documento "Linee guida per l'analisi ragionata dei Piani Regionali della Prevenzione (PRP)". E' stata redatta una prima bozza del documento con indicazioni di uno studio pilota che inizierà a breve sui PRP di due Regioni. Vari sono stati i suggerimenti presi in considerazione.

Nello specifico, si è cercato di tenere conto di tutte le osservazioni/suggerimenti, in particolare quelle relative alla difficoltà di calibrazione delle definizioni operative, che sono state in molti casi riformulate in modo da permettere una adeguata riproducibilità di risposta.

Assistenza territoriale e accesso alla rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali

La valutazione dell'efficacia e dell'equità di modelli organizzativi territoriali per l'accesso e la presa in carico di persone con bisogni sociosanitari complessi"- Progetto PIC- Progetto PIC

L'ambizione della ricerca, e il suo aspetto più innovativo, ha riguardato la metodologia messa a punto, poiché utilizza in modo integrato, attraverso procedure di record linkage, i dati amministrativi derivanti dai flussi informativi NSIS, sia quelli più tradizionali (flussi relativi alle Schede di dimissione Ospedaliera e alle attività

di Pronto Soccorso), sia di più recente attivazione afferenti al territorio (flusso SIAD sull'assistenza domiciliare e flusso FAR sull'assistenza residenziale e semi-residenziale).

Il progetto mette pertanto a disposizione dei decisori e degli operatori della rete dei servizi uno strumento in grado di:

- descrivere le modalità con cui la domanda di assistenza della popolazione anziana incontra la risposta fornita dai servizi a propria disposizione (in continuità assistenziale con l'ospedale, tramite medico di famiglia o assistente sociale, tramite la rete familiare, ecc.);
- descrivere il livello di copertura di questo bisogno da parte dell'offerta, secondo le diverse tipologie di presa in carico (residenziale, semiresidenziale o domiciliare) e, di conseguenza, una stima del bisogno inevaso o che ha trovato risposta tramite altri canali (propri o privati);
- valutare se l'esito della valutazione multidimensionale trova conferma nel piano assistenziale individuale in termini di appropriatezza e risorse impiegate;
- misurare il tempo intercorso per la presa in carico, dalla valutazione multidimensionale all'effettiva erogazione del servizio (ammissione in RSA o prestazione domiciliare);
- valutare l'effetto protettivo del processo di presa in carico nel ridurre il ricorso ai servizi ospedalieri o gli accessi impropri al pronto soccorso, da parte degli anziani durante il periodo di cura.

E' stato sviluppato un questionario semistrutturato sulle caratteristiche organizzative dei sistemi di *Long Term Care* regionali e locali delle aree di studio compilato dai referenti scientifici del progetto.

I risultati del progetto sono stati presentati nella giornata congressuale del 28 marzo 2012 alla presenza del Ministro Renato Balduzzi presso l'Auditorium del ministero della Salute di Lungotevere Ripa. Gli atti del convegno sono presenti sul sito dell'Agenas nella sezione "archivio documenti - atti" (link: <http://www.agenas.it/Atti.html>).

Inoltre, nel semestre di riferimento si è provveduto alla stesura della relazione finale e alla preparazione ed organizzazione delle attività e dei documenti editoriali per la rivista monografica Monitor sul tema della Presa In Carico degli anziani Non Autosufficienti.

Affiancamento alle Regioni in piano di rientro: sviluppo delle attività per l'implementazione dei Punti Unici di Accesso (PUA)

Nel corso del primo semestre 2012, è stato avviato il Tavolo PUA, in coerenza con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 315 e della Determinazione regionale n. B9276 del 5.12.2011, con l'affiancamento del Ministero della Salute e la partecipazione dell'Agenas; a seguito delle note regionali, il Ministero della Salute ha accolto la richiesta di affiancamento della Regione Lazio incaricando la dr.ssa Giulia Maffioli di detta attività, e l'Agenas ha individuato la dr.ssa Mariadonata Bellentani e la dr.ssa Elisa Guglielmi quali componenti del Tavolo PUA.

Il 25 giugno 2012 si è svolta la prima riunione del Tavolo dove è stata sottolineata l'importanza della presenza di un Tavolo PUA regionale integrato, procedendo ad illustrare le funzioni di detto Tavolo in accordo con la DGR 315/2011 e con il Decreto 84/2011 anche al fine di avviare sperimentalmente una funzione di facilitazione e affiancamento a favore di PUA che presentino criticità organizzative o gestionali.

In questa prima riunione è stato previsto che il Tavolo esamini sia il questionario volto al monitoraggio dei Punti Unici di Accesso della Regione (adempimento previsto dai Programmi Operativi con cadenza semestrale), sia la proposta di Avviso relativo ai fondi della non autosufficienza pari a € 8.394.171,09 di cui al Decreto 18/2008, con cui si è ipotizzato di finanziare in due annualità progetti migliorativi dei Punti Unici di Accesso.

Medicina generale, distretti e cure palliative

La valutazione dei nuovi modelli organizzativi della medicina generale - Progetto Valore

L'Agenas ha svolto negli anni 2010-2011 una ricerca corrente sul tema "La valutazione dei nuovi modelli organizzativi della medicina generale"; l'obiettivo del pro-

getto è stato quello di definire e validare una metodologia condivisa, trasparente, facilmente riproducibile ed esportabile in grado, attraverso una lettura congiunta dei flussi informativi correnti e delle basi dati consolidate della medicina generale, di individuare la prevalenza di alcune patologie croniche maggiormente diffuse (Cardiopatía ischemica; Insufficienza cardiaca e Diabete).

Ulteriore obiettivo è stato quello di misurare l'impatto, in termini di processo assistenziale, delle forme associative classiche della medicina generale (associazione semplice, medicina di rete, gruppo) rispetto al medico di medicina generale che opera in forma individuale.

Il progetto ha evidenziato come le forme associative dei MMG ex ACN, per poter raggiungere risultati significativi in termini di impatto sulla qualità e l'equità dell'assistenza erogata agli assistiti affetti da condizioni croniche, richiedano un forte supporto programmatico ed organizzativo da parte delle Regioni e delle Aziende sanitarie.

Nel corso del primo semestre 2012 è proseguita l'attività di diffusione dei risultati della ricerca che ha fornito alla comunità scientifica e ai decisori della politica sanitaria sovraregionale strumenti per la programmazione dell'assistenza territoriale; sono stati infatti prodotti abstract per convegni nazionali (SITI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica; Ars Toscana etc), sintesi per la relazione Osservasalute e per il convegno internazionale dell'European Forum for Primary Care. Sono stati inoltre prodotti articoli scientifici da sottoporre a riviste internazionali con Impact Factor.

Abstract:

- Inequalities in the management of immigrant patients with Type 2 diabetes in primary care: the VALORE project (convegno EUPHA-Migrant Health);
- Disuguaglianze nella gestione dei pazienti con diabete di tipo 2 nelle cure primarie: progetto VALORE (convegno SITI 2012);
- Performance variation in managing chronic disease by Italian Family Medicine. A population study using health administrative data: The VALORE study (Convegno European Forum for Primary Care).

Sintesi per il rapporto Osservasalute:

- Indicatori di processo ottenuti tramite record linkage come fonte di informazione sull'assistenza territoriale: l'esperienza del progetto VALORE e il progetto MATRICE.

Articoli scientifici:

- Group versus single handed primary care: a performance evaluation of the care delivered to chronic patients by Italian GP's;
- Inequalities in evidence-based primary care management for chronic diseases in the immigrant population in Italy: the VALORE project;
- Chronic disease prevalence from Italian administrative databases in the VALORE project: a validation through comparison of population estimates with general practice databases and national survey.

Commissione Nazionale sulle cure palliative e terapia del dolore – sottogruppo Cure Palliative

L'Agenas ha partecipato, attraverso la dirigente della sezione OSS, ai lavori della Commissione sulle Cure Palliative, istituita presso il Ministero della Salute con il compito di dare attuazione ai principi contenuti nella legge 15 marzo 2010, n. 38.

Dopo l'approvazione in Conferenza Stato-Regioni dello schema di Accordo sui "Requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore" (ultimo incontro 27.6.2012), si sta seguendo la reale attuazione come elemento di qualificazione e garanzia per l'accesso alle cure palliative.

Il Ministero della Salute, con DM del 6 aprile 2012, ha integrato la composizione della Commissione stessa avvalendosi di qualificati esponenti delle discipline scientifiche e del volontariato e di un rappresentante dell'Agenas, per cui è stata inserita ufficialmente la designazione della dott.ssa Mariadonata Bellentani, oltre a componenti della SICP e della Federazione delle Cure Palliative.

Percorso di studio e formazione sul ruolo del Medico di medicina generale nella terapia del dolore e nelle cure palliative

Nel corso del semestre di riferimento l'Agenas ha partecipato ad un percorso di studio e formazione sul ruolo del Medico di medicina generale nella terapia del dolore e nelle cure palliative, unitamente alla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e al Ministero della Salute. Il primo corso master si è svolto il 18-19 giugno 2012 a Firenze. Le attività in corso sono propedeutiche alla definizione di un progetto di ricerca che l'Agenas intende proporre nell'ambito del programma di ricerca corrente 2012, sostenuto da finanziamenti del Ministero della Salute ai sensi dell'art. 12 del D.lgs. 502/92 e s.m.i.. L'obiettivo è promuovere, nelle diverse realtà regionali, la formazione di specifiche figure di riferimento, c.d. "Medici Consultant" (Practitioner with special interest – PwSIs) che possano costituire referenti di un gruppo di medici che operano in associazione nell'ambito di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) realizzate in ambito distrettuale. Gli stessi medici partecipano alle equipe multidisciplinari all'interno delle reti regionali di cure palliative e di terapia del dolore previste dalla legge 38 del 2010.

Per questo scopo è stato istituito un Gruppo di Lavoro Multidisciplinare, che ha elaborato, nella prima fase del progetto, una bozza di documento, che in seguito è stato inviato ad un gruppo allargato costituito dall'esecutivo delle due Società Scientifiche e dai loro Referenti ed Esperti Regionali per recepire i suggerimenti e le eventuali modifiche.

Allo scopo di condividere il documento con le Istituzioni, le Società Scientifiche interessate alle cure palliative e con le Associazioni della Medicina Generale, è stata organizzata lo scorso 21 giugno una giornata di lavoro che ha visto un primo momento di condivisione del Core Curriculum, con approfondimenti da parte di alcuni Esperti.

Campagna informativa sulla terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico come prosecuzione del Progetto "Ospedale senza dolore"

L'Agenas ha fornito il suo supporto scientifico alla Campagna informativa sulla terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico come prosecuzione del Progetto "Ospedale senza dolore", al fine di sensibilizzare i professionisti del set-

tore, per diffondere la pratica assistenziale e i servizi volti a contrastare il dolore acuto e cronico.

Nell'ambito della campagna di comunicazione, l'Agenas sta provvedendo ad acquisire gli ultimi aggiornamenti riguardanti, in particolare, il “metodo” per la diagnosi e la terapia del dolore (con l'indicazione di un Piano terapeutico che consente la scelta tra alcune classi di farmaci appropriati), per procedere poi alla ristampa dei due volumi che saranno realizzati in formato tascabile per essere un più agile strumento di lavoro per il medico.

L'obiettivo della campagna informativa è anche quello di mettere a disposizione dei medici di famiglia (circa 50.000 professionisti), attraverso specifici corsi di formazione dedicati al tema della lotta al dolore, i volumi realizzati e coinvolgerli nella campagna informativa, offrendo a tali professionisti ulteriori strumenti di conoscenza che possano essere utili nelle loro attività quotidiane di cura, trattamento e presa in carico delle persone. Sensibilizzare sia i medici di medicina generale che i pediatri di libera scelta è un percorso fondamentale, valorizzando in questo modo il loro rapporto fiduciario con i pazienti affetti da dolore cronico che permette loro di essere identificati come gli interlocutori privilegiati nell'offrire risposte adeguate.

L'Agenas ha partecipato alla “Giornata del sollievo”, lo scorso maggio, e si è impegnata, in coordinamento con gli organismi di volontariato, a “promuovere e testimoniare, attraverso idonea informazione e tramite iniziative di sensibilizzazione e solidarietà, la cultura del sollievo dalla sofferenza fisica e morale in favore di tutti coloro che stanno ultimando il loro percorso vitale, non potendo più giovare di cure destinate alla guarigione”.

Progetto di ricerca 2010–2011 nell'ambito degli obiettivi del piano oncologico di prevenzione: “Definizione di modelli organizzativo gestionali per la promozione della partecipazione delle associazioni di volontari, parenti e familiari dei percorsi di supporto ai malati terminali”

L'Agenas ha promosso un Progetto di ricerca attuativo di linee programmatiche Agenas 2010-2011, prorogato per l'anno 2012 (autofinanziato Agenas e co-finanziato con il contributo del 5 per mille) sul tema delle cure palliative, con particolare attenzione al paziente oncologico, al fine di evidenziare le buone esperienze che esistono in Italia su questa tematica.

In questa fase l'indagine conoscitiva, ponendosi in continuità con il precedente progetto "Indagine conoscitiva nazionale sullo sviluppo delle cure palliative domiciliari come livello essenziale di assistenza", persegue l'obiettivo di istituire un Osservatorio nazionale sulle Buone Pratiche, finalizzato a integrarsi con gli obiettivi di monitoraggio previsti dall'art. 9 della legge 15 marzo 2010 n. 38 con particolare riferimento agli aspetti qualitativi delle attività e alle modalità di sviluppo della rete di cure palliative. L'indagine rappresenta una prima fase di osservazione delle esperienze in atto e si pone su base volontaria. Attraverso questo osservatorio verranno sperimentati alcuni indicatori volti a misurare aspetti di qualità del processo assistenziale. I risultati concorreranno a definire gli elementi di osservazione e monitoraggio previsti dalla legge.

L'indagine riguarda le seguenti aree di interesse:

- le Cure Palliative domiciliari, rivolte sia agli adulti sia ai malati in età pediatrica, con particolare (ma non esclusiva) attenzione alle malattie neoplastiche;
- la continuità di cura fra ospedale e domicilio in ambito oncologico ed ematologico;
- il sostegno ai care-giver che si prendono cura dei malati assistiti al domicilio.

Oltre a porsi come obiettivo l'analisi della realtà italiana in questi particolari ambiti, le attività dell'Osservatorio sono finalizzate a migliorare il sistema complessivo delle risposte assistenziali ai bisogni dei malati e dei loro familiari, secondo i principi della Legge n. 38/2010.

L'indagine, realizzata interamente online all'indirizzo <http://agenas-buonepratiche-cp.it>, intende documentare, attraverso l'analisi di dati relativi ai processi assistenziali, le esperienze "di eccellenza" nell'ambito delle Cure Palliative domiciliari.

L'adesione alla ricerca è aperta a tutte le realtà che, pur non avendo ancora raggiunto elevati standard assistenziali, ambiscono ad un miglioramento qualitativo.

La partecipazione a questa indagine rappresenta inoltre un'opportunità preziosa di confronto, visibilità e valorizzazione rispetto alle attività della sua struttura, in grado di stimolare processi virtuosi di miglioramento.

I risultati di questa indagine verranno pubblicati presso un portale dedicato, consultabile dai cittadini, dalle istituzioni e dai professionisti, che potranno così conoscere i livelli qualitativi e quantitativi raggiunti delle strutture aderenti, nonché la loro collocazione territoriale.

L'adesione è volontaria e gratuita, non comporta alcuna forma di controllo e non sostituisce le procedure di raccolta dati (flussi regionali e ministeriali) attuati a fini amministrativi.

L'identificazione di buone pratiche viene effettuata per misurare le performance del sistema di protezione della persona fragile e della sua famiglia, introdotto dalla legge 38 del 2010, sulla base di indicatori tratti dalla letteratura e dal D.M. 22 febbraio 2007, n. 43 sulla definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo. I risultati dell'indagine e il successivo confronto con gli stakeholder (operatori professionali, rappresentanti del terzo settore, referenti regionali e società scientifiche), forniranno contributi per integrare il sistema di monitoraggio previsto dalla legge.

Con l'obiettivo di assicurare una corretta compilazione del questionario, è stato attivato un servizio di help desk, a cui si potrà accedere scrivendo all'indirizzo: (segreteria.osservatoriobuonepratiche@agenas.it).

Pareri e supporto giuridico nella predisposizione di Piani sanitari regionali

Piani Sanitari Regionali

Nel primo semestre del 2012 è proseguita l'attività di aggiornamento periodico e la ricognizione dei Piani sanitari regionali emanati o in corso di adozione da parte delle Regioni, unitamente alle normative di riordino dei Servizi sanitari regionali e ad altre tematiche di rilievo. In particolare sono stati forniti pareri, ai sensi dell'art. 1, comma 14, del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, sulle proposte di Piano sanitario regionale di diverse Regioni (Abruzzo, Piemonte, Sicilia) e a diversi atti volti all'attuazione dei Piani di rientro per le Regioni interessate (come previsto dall'art. 1, comma 180, della Legge 311/2004) e dei successivi Programmi operativi regionali (ove adottati, ai sensi dell'art. 17, comma 4, della Legge 111/2011).

Nello specifico, le varie richieste di pareri pervenute hanno riguardato tutte le Regioni interessate dai Piani di rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia) principalmente per gli aspetti di assistenza territoriale e riabilitazione, rete dell'emergenza-urgenza, rete ospedaliera. Per quanto riguarda l'approvazione dei Programmi operativi sopra citati, il primo semestre ha visto l'Agenas impegnata a fornire pareri anche in riferimento agli adeguamenti ai Programmi operativi per l'anno in corso.

L'Agenas ha inoltre proseguito la sua partecipazione, con propri referenti, a diversi incontri organizzati nelle Regioni per raccogliere osservazioni e proposte utili alla realizzazione della documentazione rilevante, ai fini della programmazione sanitaria territoriale.

Monitoraggio dell'implementazione degli obiettivi stabiliti dal PSN

Progetto sugli obiettivi prioritari di PSN per le cure primarie

Nell'ambito della convenzione in essere con il Ministero della Salute, l'Agenas ha assunto il compito di svolgere un monitoraggio dei progetti regionali in attuazione degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale (assistenza h 24; sperimentazione Case della salute; Punti unici di accesso e presa in carico di soggetti non autosufficienti, ecc.), come individuati nell'ambito della Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 25 marzo 2009.

La durata iniziale della convenzione era di 18 mesi, registrata alla Corte dei Conti in data 14 giugno 2010. L'Agenas, in considerazione della complessità dell'attività prevista dall'accordo, ai sensi dell'art. 2 della Convenzione, ha richiesto una proroga semestrale, accolta dal Ministero della Salute e, pertanto, i lavori si concluderanno il 10 dicembre 2012.

Il lavoro affidato all'Agenas riguarda i progetti presentati da 12 Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Puglia e Sicilia), elencati nella tabella sottostante, ed è relativo alla linea progettuale: "Assistenza primaria, assistenza h. 24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso".

Tabella 2

REGIONE	TITOLO DEL PROGETTO
Abruzzo	Attivazione di ambulatori presso i Pronto soccorso ospedalieri per la gestione dei codici bianchi
Basilicata	Assistenza territoriale integrata per la Basilicata (ATIB)
Calabria	Progetto sperimentale per la realizzazione dell'Assistenza Territoriale Integrata "ATI"
Campania	Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in H24: riduzione accessi impropri nelle strutture di emergenza e gestione dei codici bianchi
Emilia Romagna	Linea progettuale 1 - Le cure primarie Assistenza H24: riduzione degli accessi impropri al PS e miglioramento della rete assistenziale
Liguria	Il potenziamento delle cure primarie e l'assistenza H 24
Lombardia	Ambulatorio codici minori (COLD): identificazione di un percorso per Pazienti afferenti al PS con codice a bassa priorità d'accesso
Molise	A.DI.TE. Assistenza Distrettuale Territoriale
Puglia	Potenziamento delle forme evolute di associazione
Sicilia	Realizzazione Punti di Primo Intervento (PPI)
Toscana	Progetto per l'implementazione del modello assistenziale Casa della salute in Regione Toscana - Casa della Salute di Empoli
Veneto	Rafforzamento dell'assistenza territoriale tramite le Cure Primarie

Il progetto ha inteso attivare, in collaborazione con le Regioni:

- modalità di monitoraggio volte ad evidenziare lo stato di avanzamento dei progetti;
- networking, garantendo una rete di scambio e confronto tra esperti e interlocutori regionali;
- fornire indicazioni utili per orientare le ulteriori scelte della programmazione.

L'attività si pone l'obiettivo di condividere con le Regioni una metodologia di analisi e monitoraggio sullo stato di avanzamento dei progetti e delle buone pratiche in termini di servizi attivati per la popolazione e modalità di integrazione dei professionisti ospedalieri e/o territoriali; identificazione degli elementi comuni-determinanti organizzativi e professionali tenendo conto dei diversi contesti regionali; preliminare valutazione di impatto su alcune realtà aziendali/regionali.

Nel primo semestre 2012, periodo di riferimento della presente relazione, sono stati svolti diversi incontri di confronto tra esperti e interlocutori regionali, con cadenza mensile.

In riferimento agli aspetti più specifici del monitoraggio degli elementi caratterizzanti i diversi modelli aziendali/regionali:

- è stata implementata la checklist predisposta dal Gruppo di lavoro dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma coinvolto nel progetto e dalla Sezione OSS;
- è stata effettuata la valutazione quali-quantitativa dei progetti regionali presentati e delle specifiche relazioni sulle caratteristiche principali di attuazione del progetto sviluppate tenendo conto della item della checklist;
- sono stati predisposti dei giudizi sulla base della valutazione quali-quantitativa dei progetti, delle relazioni presentate dalle Regioni, le schede di sintesi di ciascun progetto e le delibere regionali.

In relazione all'analisi dell'impatto delle politiche regionali per la promozione dell'appropriatezza degli accessi al pronto soccorso, con particolare attenzione alle modalità con cui le caratteristiche economiche ed organizzative della medicina generale possono riflettersi in un maggior ricorso a questa forma di accesso, nel primo semestre 2012 l'Agenas ha attivato con la Scuola Superiore di Politiche per la Salute dell'Università di Bologna un'apposita convenzione con la quale la Scuola si è impegnata a offrire la propria disponibilità a collaborare, a titolo gratuito, al progetto "Monitoraggio dei progetti regionali sugli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN - Linea progettuale: "Assistenza primaria, assistenza h. 24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso", al fine di realizzare un'analisi statistica dei Casi studio riferiti alle sperimentazioni in corso nelle Regioni Emilia-Romagna, Veneto, Toscana e Calabria, valutando l'impatto prodot-

to da queste esperienze sugli accessi in Pronto Soccorso non seguiti da ricovero nel periodo 2007-2010.

Per la valutazione delle singole esperienze, le Regioni citate in possesso dei requisiti precedente individuati, nel primo semestre 2012 hanno messo a disposizione le informazioni tratte dalle proprie banche dati riferite ai propri residenti e, ove possibile, metteranno a disposizione anche gli eventuali sistemi di rilevazione previsti in modo specifico nell'ambito dei propri progetti.

Nel corso del primo semestre 2012, la Sezione OSS ha portato avanti lo studio sulla normativa nazionale e regionale sul tema dell'Assistenza primaria, Assistenza h24 ed Emergenza urgenza.

Per quanto riguarda la normativa regionale per ogni Regione è stata predisposta una sintesi ragionata sulla base della programmazione sanitaria trasmessa alla Sezione OSS dalle Regioni accompagnata con una scheda riepilogativa dei provvedimenti normativi in ordine cronologico.

Le sintesi e le schede della normativa regionale sono state trasmesse alle Unità Operative coinvolte nel progetto, al fine di consentire loro l'approvazione dei contenuti e di apportare eventuali modifiche e/o integrazioni.

Nel semestre di riferimento, la Sezione OSS ha aggiornato e integrato le pagine web del sito Agenas dedicate al progetto Monitoraggio che, oltre alle schede di sintesi dei progetti regionali e alle indicazioni normative nazionali e regionali sul tema, prevede anche un'apposita area riservata per la condivisione di documenti e un foglio notizie, denominato "Zoom", che si propone l'obiettivo di promuovere e sviluppare il confronto sulle conoscenze acquisite, in termini di impatto, pratiche, formazione, sulle sperimentazioni attivate a livello aziendale e regionale sulle modalità organizzative innovative finalizzate a garantire la continuità assistenziale h 24 e ridurre gli accessi impropri nelle strutture di emergenza. "Zoom" ospita uno o più contributi di ricerca, la descrizione di esperienze rilevanti sull'assistenza primaria o sui modelli innovativi per garantire l'assistenza h 24, oltre a notizie di eventi (convegni, aggiornamenti normativi) su queste tematiche.

Agenas, in accordo con il Ministero della Salute e le Regioni, ha organizzato un Convegno nell'ambito del SANIT 2012, al fine di presentare i risultati parziali del

Monitoraggio realizzati nel progetto ancora in corso e per invitare i principali interlocutori ad una riflessione più ampia sugli strumenti che le Regioni hanno attivato per ri-orientare la domanda di assistenza verso contesti più appropriati. In particolare, si tratta di sperimentazioni di forme organizzative dell'Assistenza primaria, che si pongono in coerenza con le linee della programmazione nazionale e, in particolare, con i recenti documenti sull'Assistenza h24 e con l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009 sugli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2009. Gli atti del convegno sono disponibili e scaricabili dal sito dell'Agenas nella sezione "archivio documenti - atti" (link: <http://www.agenas.it/Atti.html>).

Tra i risultati preliminari emerge che la modalità organizzativa preferita dalle linee progettuali analizzate, per rispondere all'esigenza di continuità dell'assistenza, risulta essere il servizio a gestione territoriale (92,8% casi), con un'accessibilità che nel 42,8% dei casi si articola su 7 giorni su 7 ed un'apertura h24 del servizio nel circa il 30% dei casi. Da segnalare che nessuna linea progettuale prevede un'accessibilità delle inferiore alle 12h giornaliere.

Il 92,8% delle linee progettuali coinvolge il Medico di Continuità Assistenziale (MCA), il 71,4% vede il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale (MMG) e nel 64,4% dei casi sono presenti insieme. Il monitoraggio dell'Agenas si completerà con la valutazione di impatto di quattro casi studio, selezionati tra le 14 linee progettuali, con la finalità di verificare se le sperimentazioni adottate abbiano avuto l'effetto desiderato. I risultati saranno presentati entro la fine dell'anno.

E' attualmente in corso di predisposizione un numero monografico della Rivista Agenas Monitor programmato per il secondo semestre 2012.

Ricerche Europee sull'attività di Day Surgery⁴

Agenas, attraverso lo sforzo congiunto delle proprie sezioni OSS e Q&A, partecipa anche al Progetto Europeo sulla Day Surgery dal titolo "Day Surgery Data Project" nell'ambito del "Second programme of community action in the field of health 2008-2013" sullo sviluppo di un set condiviso di indicatori. Il progetto, di durata triennale, ha come capofila l'Agenzia Socio-Sanitaria Regione Veneto, si svolge in collaborazione con Francia, Portogallo, Belgio, Svezia, Danimarca, Romania, Gran Bretagna Ungheria ed Olanda e prevede la partecipazione anche di Australia e Germania.

⁴ L'attività è svolta in collaborazione con la sezione *Qualità e Accreditamento*

Day Surgery Data Project - dsdp

Nel semestre di riferimento Agenas, in qualità di Associated Partner del progetto Day Surgery Data Project rientrante nel “Second Programme of Community action in the field of health 2008-2013” ha collaborato alla elaborazione del Deliverable N° 7 “Defining a minimum and an ideal set of DS indicators” sottomesso alla Commissione Europea nell'aprile 2012, in accordo con la tempistica prevista nell'Annesso Tecnico al Contratto (cfr. allegato della Sezione Qualità e Accreditamento). Il report contiene l'indicazione di un set minimo e di un set “ideale” di indicatori di Day Surgery che, superando i limiti della variabilità dei sistemi informativi nazionali, si propone di consentire una valutazione e il confronto delle prestazioni di Day Surgery erogate nei Paesi Europei.

Improving Patient Safety Of Hospital Care Through Day Surgery – Daysafe

Per quel che concerne “Improving Patient Safety of hospital Care through Day Surgery” – DAYSAFE contract n.2009 11 04” di durata triennale, in cui l'Agenzia partecipa in qualità di Main Partner e la dott.ssa Bellentani è Project leader, l'Agenas ha collaborato alla stesura di un protocollo basato su un questionario strutturato per identificare le best practice e gli standards della Day Surgery.

Ulteriori attività ed approfondimenti

L'Agenas ha precisato l'impegno all'attuale problematica dell'assistenza al malato cronico, tra cui i pazienti affetti da malattie reumatiche. Tra le patologie croniche ad elevato impatto sociale si iscrivono, infatti, le malattie reumatiche, che sono ai primi posti in termini di prevalenza sulla popolazione generale e sono, insieme alle malattie respiratorie, cardiocircolatorie e del sistema nervoso centrale, la causa più frequente di ricorso al Medico di famiglia e allo Specialista.

L'esigenza di dare una risposta adeguata ad un'area di bisogni crescenti, a seguito all'aumento delle patologie croniche, cronico-degenerative e delle fragilità, spinge fortemente verso una riorganizzazione della medicina territoriale, con il conseguente maggior coinvolgimento e valorizzazione dei Medici di famiglia. Con il Patto della Salute 2010-2012 l'Agenas è, inoltre, direttamente coinvolta per gli

aspetti relativi alla continuità assistenziale ed allo sviluppo dei servizi territoriali.

L'Agenas ha partecipato, in collaborazione con la Sezione Monitoraggio dei Costi e delle Tariffe, all'elaborazione di un progetto sui fabbisogni e costi delle prestazioni sociosanitarie, che sarà attivato nella seconda parte del 2012. Tale progetto si propone di individuare le tipologie di offerta socio-sanitaria e di stimare i fabbisogni e i costi di erogazione delle diverse tipologie di assistenza.

Nel corso del semestre di riferimento, sono stati predisposti inoltre altri progetti di ricerca sul tema della non autosufficienza e dell'assistenza ai pazienti con patologie croniche.

L'Agenas ha, altresì, organizzato, in partnership con la Sezione Lombarda della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità, un workshop sul tema dell'Assistenza Primaria e degli strumenti di promozione e coordinamento della stessa.

Inoltre, attraverso lo sforzo congiunto delle proprie sezioni OSS e Q&A, Agenas partecipa anche al Progetto Europeo sulla Day Surgery dal titolo "Day Surgery Data Project" nell'ambito del "Second programme of community action in the field of health 2008-2013" sullo sviluppo di un set condiviso di indicatori.

E' stata inoltre garantita la partecipazione al Tavolo tecnico per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza dei ricoveri post-acuti, coordinato dal Ministero della Salute.

Gli interventi volti allo sviluppo dell'empowerment nelle amministrazioni locali e nelle comunità⁵

4

L'Agenas ha promosso l'empowerment individuale, organizzativo e di comunità e attraverso la realizzazione delle attività previste dalla Collaborazione con il Ministero della Salute, dal programma di Ricerca Corrente 2010 e dalle Ricerche Autofinanziate.

Nell'ambito della Campagna informativa sull'utilizzo appropriato dei servizi di Emergenza-Urgenza (Collaborazione con il Ministero della Salute), il primo semestre è stato dedicato alla diffusione nazionale e locale della Campagna attraverso azioni centrali ed azioni attivate dalla rete costituitasi con tutte le Regioni/P.A. e con gli Ordini Professionali, Società Scientifiche e Associazioni Professionali di settore.

- A livello centrale, è stato implementato un piano di diffusione che ha interessato mass media tradizionali (presentazione alla Stampa nazionale, passaggi del video-spot sulle reti Rai) ed innovativi (sito internet dedicato alla campagna ed utilizzo dei social media).
- A livello regionale, le Regioni/P.A. hanno realizzato differenti iniziative, calibrate sulle caratteristiche del contesto, attraverso la comunicazione istituzionale, nell'ambito scolastico, in collaborazione con i professionisti sanitari e con le associazioni dei cittadini stranieri, attraverso campagne radiofoniche, stampa, ecc.

⁵ a cura della *sezione Qualità e Accreditamento*

È stato infine istituito un gruppo di lavoro ristretto con le Regioni/P.A. ed il Ministero della Salute che ha elaborato la prima versione delle Linee-Guida per l'implementazione e la valutazione di una Campagna informativa sul corretto uso dei servizi di Emergenza-Urgenza.

Le due linee di attività previste dal progetto di Ricerca Corrente 2010 "Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari", si sono concluse con la realizzazione dei seguenti risultati, previsti dal progetto:

- sperimentazione e validazione, condivisa con le Regioni e Province Autonome, della checklist per la rilevazione del grado di umanizzazione dell'assistenza ospedaliera e redazione del relativo manuale d'uso;
- promozione del trasferimento del modello di intervento di empowerment organizzativo "UFE – Utenti, Familiari Esperti" in sei Regioni, attraverso la realizzazione di eventi informativi e specifici percorsi di formazione-intervento.

Per quanto riguarda il progetto di Ricerca Corrente 2010 "I processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle regioni italiane" sono stati raggiunti i seguenti output:

- individuazione di dimensioni e variabili da utilizzare per la classificazione dei sistemi sanitari regionali;
- individuazione di modelli sanitari regionali e classificazione delle regioni;
- analisi dei cinque casi regionali (con relativa reportistica);
- documenti sulle innovazioni nei sistemi sanitari regionali.

Nell'ambito del progetto di Ricerca Autofinanziata "Laboratorio per le reti" sono stati costruiti:

- un modello di valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino, con particolare attenzione per i vissuti di continuità di cura, all'interno di un modello organizzativo-gestionale di tipo Hub&Spoke nella Rete oncologia di Area Vasta Romagna;

- un pacchetto formativo rivolto agli informal caregiver all'interno dei percorsi clinico-assistenziali per persone affette da Alzheimer e altre demenze.

Relativamente alla Ricerca Autofinanziata "Turismo sanitario", sono state realizzate le seguenti attività:

- è stato creato un sito, dove le strutture alberghiere si possono registrare e riempire online il questionario di accessibilità, elaborato dal gruppo di lavoro dedicato al Turismo sanitario. E' stato creato un database –
- sistema informativo - contenente la banca dati delle strutture, dove sono stati caricati i dati e i questionari provenienti da venti strutture alberghiere dell'alta Irpinia.

Campagna informativa: "Il corretto uso del numero telefonico 118 e dei servizi di emergenza-urgenza"2

La Campagna informativa nazionale sull'utilizzo appropriato dei servizi di Emergenza-Urgenza - nata da un accordo di collaborazione tra il Ministero della Salute e l'Agenas - rappresenta uno strumento di promozione dell'empowerment del cittadino attraverso il quale si mira a promuovere, presso la popolazione generale, l'informazione riguardo ai diversi servizi disponibili in caso di emergenza-urgenza (118, Pronto Soccorso, Continuità Assistenziale) ed alle rispettive modalità di accesso. Il progetto – che è iniziato nel febbraio del 2010 per concludersi nel febbraio 2013 – si è sviluppato seguendo una metodologia basata sull'intersectorialità e sul coinvolgimento più ampio possibile di tutti i portatori di interesse per la definizione di un messaggio comune e per l'individuazione delle modalità di diffusione più efficaci.

Nello scorso anno si è conclusa la realizzazione – in collaborazione con tutte le Regioni/P.A. e Ordini Professionali, Società Scientifiche e Associazioni Professionali di settore - dei contenuti informativi e dei prodotti della campagna ed è stato elaborato uno specifico progetto didattico, rivolto alle scuole di ogni ordine e grado, volto a favorire la cultura dell'emergenza-urgenza. Il primo semestre

2012, dunque, è stato dedicato all'implementazione delle attività di diffusione rivolte ai target della campagna ovverosia la popolazione generale, con particolare attenzione ai giovani ed agli stranieri: tali attività hanno contemplato azioni realizzate sia a livello nazionale, sia a livello regionale.

A livello nazionale è stato predisposto un piano di diffusione che individua nei mass media tradizionali ed innovativi (sito istituzionale e social media) i due principali canali. Il piano ha previsto una settimana dedicata alla diffusione nazionale nei giorni tra il 18 ad il 24 marzo 2012, durante i quali realizzare una serie di eventi tra i quali:

- evento di presentazione della Campagna informativa;
- diffusione dello spot attraverso le reti televisive nazionali di tipo generalista;
- pubblicazione del sito internet dedicato ai cittadini ed ai professionisti sanitari, dal quale è possibile scaricare tutti i prodotti realizzati.

Il 20 marzo 2012, presso la Sala Auditorium del Ministero della Salute è stato realizzato l'evento di presentazione della Campagna alla Regioni e P.A. ed alla Stampa nazionale. Il programma della giornata (cfr. Allegato 10) ha previsto, oltre agli interventi del Ministero della Salute e dell'Agenas, la presentazione delle attività di diffusione realizzate - o in corso di realizzazione - da parte dei referenti di cinque Regioni/ P.A (Abruzzo, Emilia-Romagna, Puglia, P.A Trento, Umbria) e di alcuni dei rappresentanti di Ordini Professionali, Società Scientifiche e Associazioni Professionali di settore aderenti (FNOMCeO - Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri, SIMEU - Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza, ANIARTI - Associazione Nazionale Infermieri di Area critica, SIS 118- Società Italiana Sistema 118).

All'evento è intervenuto il Ministro della Salute che ha consegnato ai quattro giovani vincitori dei concorsi delle idee - banditi dall'Agenas - l'attestato per l'ideazione del logo, dello slogan, del poster e del video/spot della Campagna informativa. Tali prodotti sono stati contestualmente presentati alla stampa e forniti a tutti i partecipanti su DVD multimediale allegato al libretto di presentazione dell'evento (cfr. Allegato 11). Nel DVD fornito sono state messe a disposizione anche le schede dei contenuti informativi in italiano ed in otto lingue straniere, i prodotti presentati ai concorsi delle idee per giovani unitamente alla loro presentazione animata, il

progetto didattico rivolto alle scuole di ogni ordine e grado per favorire la cultura dell'emergenza-urgenza.

All'evento di presentazione hanno partecipato oltre 100 persone tra le quali numerosi giornalisti, invitati allo scopo di ottenere la massima diffusione possibile dei contenuti informativi alla cittadinanza: nei giorni successivi al 20 marzo sono stati rilevati attraverso una ricerca in rete, 25 articoli sulla campagna informativa, pubblicati da agenzie di stampa, quotidiani nazionali, giornali on-line e pagine informative pubblicate sul web.

Come previsto dal piano di diffusione predisposto dall'Agenas, nella settimana tra il 18 ed il 24 marzo è stata realizzata la diffusione dello spot televisivo (della durata di trenta secondi) attraverso i mass media tradizionali. Nella tabella seguente si riporta il palinsesto delle Reti Rai generaliste, sulle quali è stato mandato in onda lo spot: i passaggi televisivi sono stati pianificati in maniera tale da poter raggiungere più efficacemente il target del video-spot (la popolazione generale), con particolare attenzione ad alcuni segmenti quali giovani, donne, anziani.

Tabella 3

Programmazione palinsesto RAI dello spot			
RETE	PROGRAMMA	ORA INDICATIVA	GIORNO
RAI 1	Linea Verde	12:55	Domenica 18
RAI 3	TG 3 regionale	13:57	Domenica 18
RAI 1	Domenica In	15:20	Domenica 18
RAI 1	TG 1 Flash	08:57	Lunedì 19
RAI 1	La vita in diretta	18:30	Lunedì 19
RAI 2	TG 2	13:25	Martedì 20
RAI 1	La vita in diretta	17:55	Martedì 20
RAI 3	Prima sera	19:55	Martedì 20
RAI 1	Uno mattina	08:30	Mercoledì 21
RAI 1	Quiz	19:20	Mercoledì 21
RAI 1	Verdetto finale	15:05	Giovedì 22
RAI 3	TG 3 regionale	19:30	Giovedì 22
RAI 3	Telefilm	21:45	Giovedì 22
RAI 1	La prova del cuoco	12:30	Venerdì 23
RAI 1	Verdetto finale	19:45	Venerdì 23
RAI 1	Quiz	18:45	Sabato 24
RAI 3	TG 3 nazionale	18:57	Sabato 24

Come rappresentato nel Social Media Toolkit pubblicato dal CDC (Centers for Disease Control and Prevention) di Atlanta⁷, l'utilizzo di siti di video sharing come YouTube o Google Video permette un'esperienza coinvolgente per i fruitori anche per visualizzare e condividere informazioni sulla salute. I dati relativi agli utenti di tale strumento indicano che il 71% degli adulti on-line utilizzano siti di condivisione video e la maggior percentuale dei fruitori è nella fascia d'età 18-29 anni. Per tali motivazioni lo spot, proiettato sulle reti televisive della RAI nella settimana dal 18 al 24 marzo, è stato diffuso anche attraverso You-Tube in una versione della durata di 45 secondi. Considerando l'insieme dei canali you-tube sui quali è visibile lo spot, ad oggi si contano 3400 visualizzazioni circa del filmato.

Nella settimana dedicata alla diffusione nazionale è stato pubblicato il sito web dedicato alla campagna informativa, consultabile all'indirizzo:

<http://emergenzaurgenza.agenas.it>.

Così come l'utilizzo di You-tube, anche la realizzazione del sito web risponde alla necessità di raggiungere nella maniera più efficace possibile la popolazione generale con particolare attenzione ai giovani. Il sito è fondamentalmente rivolto ai cittadini e permette il facile accesso ai contenuti informativi della campagna ed ai suoi prodotti, fornendo anche informazioni rispetto alle iniziative attuate dalle Regioni/P.A. e diffuse capillarmente sul territorio nazionale. Lo stile linguistico è di tipo informativo ed il linguaggio utilizzato persegue la sintesi, semplicità e chiarezza.

Il sito si compone delle seguenti pagine, di seguito illustrate.

- Home page: pagina iniziale in cui dopo una sintetica presentazione della campagna sono consultabili le schede informative in italiano ed in lingua Albanese, Cinese, Francese, Inglese, Rumena, Spagnola, Tedesca, Ucraina.
- I concorsi delle idee: sezione in cui sono riportati i prodotti presentati e vincitori dei concorsi delle idee
- La scuola: pagina dedicata agli interventi educativi previsti dalla Campagna informativa, in cui sono disponibili i materiali predisposti per attuare i progetti rivolti alla scuola primaria e secondaria di I e II grado.
- Le Regioni: sezione in cui i referenti delle Regioni /P.A. hanno dato

⁷ Centers for Disease Control and Prevention. (2011). The Health Communicator's Social Media Toolkit. Retrieved October, 2011, http://www.cdc.gov/socialmedia/Tools/guidelines/pdf/SocialMediaToolkit_BM.pdf

la disponibilità a pubblicare il collegamento alle pagine dei loro portali istituzionali eventualmente dedicate alla Campagna informativa ed il contatto e-mail al quale l'utente (cittadino o professionista) può scrivere per eventuali necessità di approfondimento.

- Area download: pagina dalla quale si possono scaricare tutti i prodotti realizzati nell'ambito della campagna (schede informative, logo, slogan, poster e spot della campagna in italiano ed in francese e tedesco).

Nella costruzione del sito, inoltre, seguendo i principi dell'accountability e del knowledge network, è stata prevista anche una sezione di approfondimento intitolata "Per saperne di più", dedicata ai professionisti della sanità eventualmente interessati.

La sezione si compone delle tre pagine, descritte di seguito.

- Il progetto: pagina in cui viene illustrato il progetto per la realizzazione della Campagna informativa rispetto al razionale, agli obiettivi, alla metodologia e alle azioni realizzate.
- Le reti: sezione nella quale sono riportate le reti di stakeholders attivate le per la realizzazione della campagna informativa, nella quale gli Ordini Professionali, le Società Scientifiche e le Associazioni Professionali che partecipano alla campagna hanno dato la disponibilità a pubblicare il collegamento alle pagine dei loro portali istituzionali eventualmente dedicate alla Campagna informativa ed il contatto e-mail al quale l'utente (cittadino o professionista) può scrivere per eventuali necessità di approfondimento
- Bibliografia: pagina in cui è possibile consultare una bibliografia essenziale e le risorse disponibili sul web, riguardo agli interventi finalizzati all'uso corretto dei servizi emergenza, all'efficacia delle campagne informative in sanità, ai modelli teorici ed alle esperienze realizzate in tali ambiti.

Tutti i referenti delle reti attivate per la realizzazione della campagna informativa – a partire dal Gruppo di Pilotaggio (tutte le Regioni e P.A.), passando per il gruppo Tecnico-professionale (Ordini Professionali, Società Scientifiche e Associazioni Professionali di settore), per arrivare alle Ambasciate dell'Albania, della Cina, del Marocco, della Romania e dell'Ucraina, ed alle principali Associazioni nazionali di

volontariato impegnate nel sistema territoriale di soccorso (CRI – Croce Rossa Italiana, ANPAS - Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze, Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia) – sono stati invitati a dare massima diffusione al sito della Campagna, pubblicando il link sui propri portali istituzionali.

A livello regionale sono state pianificate e realizzate azioni di diffusione calibrate sulle caratteristiche del contesto, che tengono conto anche delle esperienze e dei risultati ottenuti da iniziative analoghe attuate a livello locale, garantendo contemporaneamente l'unicità del messaggio informativo che è stato condiviso a livello nazionale. Le azioni di diffusione promosse dal Gruppo di Pilotaggio sono state sviluppate in ambito istituzionale, scolastico e tecnico-professionale e si rivolgono a diversi target della Campagna (i giovani, gli stranieri e la popolazione generale). Di seguito si citano, ad esempio, alcune delle attività realizzate: percorsi educativi nelle scuole primarie e secondarie in collaborazione con i professionisti dell'emergenza-urgenza; concorso nelle scuole primarie per la realizzazione di un fumetto sul corretto uso dei servizi di emergenza-urgenza; gioco a premio on-line sui temi dell'emergenza-urgenza; illustrazioni da accompagnare alle schede informative per stranieri al fine di agevolare la comprensione; diffusione attraverso i portali regionali dedicati al Turismo; pubblicazioni su siti web istituzionali delle Regioni, delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere e dei Comuni; campagna affissioni nei Pronto Soccorso, negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta; opuscoli informativi distribuiti presso scuole, farmacie, URP aziendali; diffusione dello spot nelle stazioni ferroviarie, sale di attesa degli ospedali e dei CUP, campagna radiofonica.

Le iniziative di diffusione regionale si svilupperanno fino al termine della campagna, previsto per febbraio 2013 e saranno periodicamente segnalate nella pagina dedicata alle Regioni del sito della campagna informativa.

Ulteriori azioni di diffusione sono state realizzate attraverso la collaborazione con il Gruppo Tecnico-Professionale, costituitosi in occasione della Campagna, con il quale si è condivisa la necessità di attuare azioni mirate al coinvolgimento del personale sanitario. A tal fine, sono stati presi accordi con i professionisti per diffondere i contenuti della Campagna in occasione degli eventi nazionali o formativi organizzati dagli Ordini Professionali, dalle Società Scientifiche e dalle Associazioni Professionali di settore. Nei mesi di aprile e maggio sono state, quindi, concordate

e realizzate le seguenti azioni divulgative: è stato proiettato lo spot della Campagna in occasione del convegno nazionale della CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto) e durante una tavola rotonda in programma al SANIT a cui ha partecipato la referente dell'ANIARTI (Associazione Nazionale Infermieri di Area critica); sono stati distribuiti più di 600 materiali informativi - tra brochure, locandine e poster realizzati da Agenas - in occasione della "Giornata nazionale dell'infermiere" organizzata dall'IPASVI (Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia), del Convegno nazionale del Sis 118 (Società Italiana Sistema 118 - Consulta dei Dirigenti Responsabili delle Centrali Operative 118) e del Convegno sui Percorsi in Pronto Soccorso organizzato da FIMEUC (Federazione Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza e Castroni). Il 23 maggio, inoltre, si è tenuto a Roma l'incontro tra tutti i Presidenti degli Ordini Provinciali della FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri) in occasione del quale sono stati distribuiti 100 libretti informativi sulla Campagna informativa ed è stato fornito dall'Agenas un DVD contenente lo spot della Campagna che verrà proiettato in occasione degli eventi formativi organizzati dal FNOMCeO. Sono in programma per i prossimi mesi una serie di eventi nazionali e formativi per i quali è stata richiesta la partecipazione dell'Agenzia come, ad esempio, il convegno nazionale della FIMMG (Federazione Italiana Medici di Famiglia) che si terrà ad ottobre 2012 o gli incontri formativi con la cittadinanza organizzati da NOE (Nurses of Emergency - Associazione Scientifica Italiana Infermieri di emergenza). L'Agenas, infine, ha partecipato al Forum PA 2012, in occasione del quale è stato proiettato lo spot, sono stati affissi dei pannelli informativi ed è stato distribuito del materiale informativo preparato ad hoc per l'evento.

Oltre alle azioni di diffusione nazionale e locale descritte sinora, il primo semestre del 2012 è stato dedicato all'elaborazione di metodi e strumenti di valutazione. Nel mese di gennaio alle Regioni/P.A. del Gruppo di Pilotaggio è stato proposto di costituire, insieme al Ministero della Salute ed all'Agenas, un Gruppo di lavoro ristretto dedicato all'elaborazione delle Linee-Guida per l'implementazione e la valutazione di una Campagna informativa sul corretto uso dei servizi di Emergenza-Urgenza. Le Linee-Guida (LLGG), una volta elaborate nella versione definitiva, rappresenteranno uno dei prodotti della campagna attraverso il quale mettere a disposizione di tutte le Regioni /P.A. metodi e strumenti per l'attuazione di una Campagna informativa sul corretto utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza.

La definizione di tale documento è partita da una prima bozza elaborata dai colleghi dell'Emilia-Romagna sulla base dell'esperienza pilota per l'implementazione della campagna in una specifica realtà locale, il Comune di Imola. La prima bozza è stata, quindi, rivista sulla base dei suggerimenti e delle integrazioni segnalate dai colleghi del Gruppo di lavoro ristretto – a cui partecipano otto Regioni/P.A. - e sarà inviata a tutto il gruppo di Pilotaggio. Il documento, nonostante rappresenti una prima versione delle LLGG che potranno essere completate solo al termine del progetto, potrebbe essere già di utilità per guidare le ultime azioni di diffusione implementate nelle diverse Regioni/P.A. e la valutazione delle stesse. Nella versione attuale delle LLGG, infatti, si forniscono raccomandazioni ed indicazioni rispetto a tre distinti step:

- Analisi e monitoraggio dello status quo a livello regionale per quanto riguarda politiche o progetti sul tema del corretto uso dei servizi di Emergenza-Urgenza;
- Implementazione della campagna informativa
- Valutazione della campagna informativa

Rispetto al terzo punto, è stata dedicata particolare attenzione alla possibilità di utilizzare indicatori di appropriato utilizzo dei servizi tratti dai flussi informativi dell'emergenza-urgenza: a tal proposito si sta lavorando con l'Ufficio V del Ministero della Salute, per poter raffinare ulteriormente la proposta riportata nella parte finale delle LLGG.

Unitamente alle LLGG i colleghi dell'Emilia-Romagna hanno fornito un questionario di valutazione costruito ad hoc, rivolto alla popolazione generale e basato sulla metodologia KAP (illustrata nelle LLGG). Il questionario di valutazione, sottoposto ad un test iniziale, attualmente è oggetto di uno studio pilota nella realtà di Imola. Lo studio pilota si concluderà entro l'estate e si sostanzia nella somministrazione, attraverso spedizione postale a domicilio, di 250 questionari. Sulla base dell'analisi dei dati raccolti attraverso i questionari, sarà possibile apportare eventuali modifiche ed integrazioni per giungere a settembre prossimo ad una versione validata del questionario alla quale si potrebbe accompagnare anche una breve guida all'utilizzo da fornire al Gruppo di Pilotaggio.

Ricerca Corrente 2010: “Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari”

Il progetto di Ricerca Corrente “Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari”, iniziato a dicembre 2010, si è concluso nel mese di giugno 2012. Il progetto è finalizzato a fornire al Ministero della Salute, alle Regioni e alle P.A., metodi e strumenti, basati sul coinvolgimento attivo dei cittadini, per promuovere il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari. Per il raggiungimento di tale finalità il progetto ha previsto i due seguenti obiettivi:

- sperimentare e validare metodi e strumenti partecipati, secondo i principi della teoria dell'empowerment, per il monitoraggio della qualità dell'assistenza ospedaliera da parte dei cittadini;
- promuovere il trasferimento interregionale di un modello di intervento di empowerment organizzativo nell'area della salute mentale, basato sul “sapere esperienziale” di utenti e familiari.

Il progetto è stato, quindi, articolato in due linee di lavoro (A e B) - con gruppi di ricerca e piani operativi dedicati specificamente al raggiungimento di ciascuno degli obiettivi sopra riportati.

L'obiettivo specifico della linea di lavoro A è consistito nel progettare e sperimentare metodi e strumenti per mettere a punto il monitoraggio della qualità del Servizio Sanitario Nazionale, per la parte che riguarda l'umanizzazione degli ospedali e delle case di cura private accreditate e al fine di ampliare il coinvolgimento dei cittadini nei processi di valutazione dei servizi sanitari, utilizzando il patrimonio di partecipazione civica già presente nelle Regioni/P.A..

A tal fine è stato costituito un Gruppo di coordinamento nazionale composto da Agenas ed esperti dall'Agenzia di Valutazione Civica di CittadinanzAttiva, organizzazione di cittadini con un'ampia esperienza nello standard setting e nella definizione di procedure di rilevazione della qualità partecipate con i cittadini ed ispirate ai programmi di valutazione esterna sviluppati in ambito professionale.

Il progetto si è basato sulla metodologia della ricerca-azione ed è stato caratterizzato, in tutte le fasi del processo, dal coinvolgimento più ampio possibile delle Regioni e P.A. per favorire la condivisione degli strumenti concettuali, la loro sperimentazione ed risultati ottenuti. Il progetto è stato, quindi, realizzato in collaborazione con il Gruppo di lavoro interregionale sull'empowerment e con tutte le Regioni e P.A.

Nell'arco dei dodici mesi in cui si è svolta la ricerca, sono state realizzate una serie di attività previste dal piano operativo che vengono sinteticamente elencate di seguito.

1. Presentazione alle Regioni/P.A. dell'impianto generale della ricerca e raccolta delle adesioni alla sperimentazione e validazione degli indicatori di umanizzazione.
2. Condivisione e validazione con tutte le Regioni/P.A. dello schema generale elaborato per la declinazione del concetto di umanizzazione; del set di indicatori di umanizzazione degli ospedali pubblici e delle case di cura private accreditate; della prima versione della checklist per la rilevazione degli indicatori di umanizzazione e della metodologia per il coinvolgimento dei cittadini, secondo procedure differenziate corrispondenti alle diverse tipologie di partecipazione civica presenti al livello locale.
3. Prima sperimentazione della rilevazione del grado di umanizzazione degli ospedali pubblici e delle case di cura private accreditate. Le sei Regioni/P.A. che hanno partecipato alla prima sperimentazione, hanno testato la checklist in 24 stabilimenti di cura - 21 ospedali e 3 case di cura private accreditate. In ciascuno stabilimento la checklist è stata compilata da un'équipe locale appositamente costituita da referenti aziendali e referenti civici. Tutte le équipes locali sono state formate tramite lo svolgimento di 6 corsi regionali di formazione svolti dal Gruppo di coordinamento. Ogni équipe locale ha restituito, oltre alla checklist compilata, un diario di bordo - predisposto dal Gruppo di coordinamento - contenente osservazioni sulla checklist e suggerimenti per la messa a regime del sistema di valutazione del grado di umanizzazione.

4. Revisione della checklist sulla base delle osservazioni riportate dalle équipes locali nei “diari di bordo”.
5. Seconda sperimentazione della rilevazione del grado di umanizzazione degli ospedali pubblici e delle case di cura private accreditate. Le dieci Regioni/P.A. che hanno partecipato alla seconda sperimentazione, hanno testato la versione revisionata della checklist in 30 stabilimenti di cura - 28 ospedali e 2 case di cura private accreditate. Anche la seconda sperimentazione ha comportato la costituzione delle équipes locali in ogni stabilimento di cura, la formazione a cura del Gruppo di coordinamento e la raccolta delle checklist compilate e dei diari di bordo.
6. Nuova revisione della checklist sulla base delle osservazioni contenute nei diari di bordo e redazione della checklist finale.
7. Predisposizione degli schemi per la pesatura degli indicatori. Per facilitare la lettura dei risultati della rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero, è stato previsto il calcolo di indici sintetici a partire da un algoritmo attraverso il quale attribuire pesi differenti agli indicatori di umanizzazione. Sin dall'inizio delle attività si è deciso, nell'ambito del Gruppo di coordinamento, di effettuare questa operazione di pesatura degli indicatori secondo una modalità partecipata. Per questo motivo, sono state predisposte una serie di schede per la pesatura degli indicatori da fare compilare ai referenti delle Regioni/P.A. e a tutti i componenti delle équipes locali (referenti civici e referenti aziendali) che hanno partecipato alla sperimentazione della checklist.

Nel mese di giugno c.a., il progetto di ricerca si è concluso raggiungendo tutti i risultati attesi, che sono riportati di seguito.

- a. Definizione di un set di indicatori per la valutazione del grado di umanizzazione degli ospedali pubblici e delle case di cura private accreditate. L'individuazione di un set di indicatori per la rilevazione del grado di umanizzazione è stata realizzata sulla base di una definizione del concetto di umanizzazione, effettuata a partire da un'analisi della letteratura scientifica, della legislazione nazionale, dei dati base di buone pratiche in sanità e delle esperienze promosse da reti nazionali e internazionali di ospedali. Il Gruppo di coordinamento e il Gruppo

interregionale sull'empowerment hanno, quindi, condiviso un concetto di umanizzazione articolato in quattro fattori:

- processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
- accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura;
- accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
- cura della relazione con il paziente e con il cittadino.

È stata, quindi, sviluppata una organizzazione "ad albero" della struttura di valutazione dell'umanizzazione in due livelli:

- sub-fattori: ognuno dei 4 fattori di cui sopra è suddiviso in sub-fattori che specificano e delimitano l'ambito dei fenomeni presi in considerazione;
- ogni sub-fattore a sua volta contiene un numero limitato di elementi.

Complessivamente sono stati individuati 29 elementi (10 per il primo fattore, 9 per il secondo, 5 per il terzo e 5 per il quarto fattore).

- b. Checklist per la rilevazione del grado di umanizzazione degli ospedali pubblici e delle case di cura private accreditate. È stata redatta una checklist che permette di rilevare gli indicatori di umanizzazione e che è strutturata in maniera tale da essere facilmente comprensibile anche ai cittadini, che congiuntamente agli operatori sanitari utilizzano tale strumento. La rilevazione degli indicatori è effettuata tramite la ricerca di evidenze oggettive, vale a dire informazioni la cui veridicità può essere dimostrata sulla base di fatti acquisiti a seguito di osservazioni (nel caso di servizi o elementi strutturali di facile osservazione per i cittadini) o di analisi documentale (in caso di processi o caratteristiche non direttamente osservabili o di difficile osservazione da parte di cittadini). La checklist definitiva è composta da tre sezioni (cfr. Allegato 12):

- la sezione 1 con i dati anagrafici della struttura;
- la sezione 2 con lo schema generale della struttura di valutazione utilizzata (fattori, sub-fattori ed elementi di valutazione);

- la sezione 3 nella quale sono elencati progressivamente gli indicatori con le note esplicative per la corretta ed uniforme interpretazione e applicazione da parte delle équipes locali.
- c. Manuale per le direzioni degli ospedali pubblici, delle case di cura private accreditate e per i cittadini. È stato redatto un Manuale per l'utilizzo della checklist che contiene l'insieme delle istruzioni per le direzioni degli ospedali e delle case di cura private accreditate necessarie per promuovere la rilevazione del grado di umanizzazione in conformità ai criteri metodologici che sottostanno al progetto (cfr. Allegato 13). Il manuale si apre con una serie di indicazioni per assicurare il coinvolgimento dei cittadini nel processo partecipato di valutazione e nel rispetto delle specifiche caratteristiche dei diversi contesti regionali e locali; fornisce, inoltre, una guida all'utilizzo della checklist che illustra le diverse sezioni dello strumento tecnico, alcuni elementi specifici e le modalità di compilazione. Al manuale, infine, sono allegati tutti i documenti necessari all'implementazione della valutazione attraverso la checklist (diario di bordo, dichiarazione di impegno dei referenti civili ed aziendali, ecc).
- d. Formazione per gli operatori e i cittadini coinvolti nella rilevazione. Sono stati realizzati complessivamente 16 corsi di formazione, uno per ciascuna delle Regioni/P.A. coinvolte nella rilevazione. Ai corsi hanno partecipato gli operatori sanitari ed i cittadini che successivamente hanno costituito le équipes locali e hanno compiuto la rilevazione del grado di umanizzazione della propria struttura sanitaria. I corsi, della durata di 5 ore circa e tenuti da componenti del Gruppo di coordinamento, sono stati finalizzati a presentare il quadro generale del Progetto di Ricerca Corrente 2010 e ad illustrare gli aspetti teorici e metodologici della rilevazione nelle strutture sanitarie.
- e. Data base con i dati raccolti nelle 54 strutture coinvolte nella sperimentazione. I risultati della rilevazione del grado di umanizzazione effettuata presso le 54 strutture di ricovero coinvolte nella sperimentazione sono stati raccolti in un data base.

I risultati della ricerca, acquisita la positiva valutazione del Ministero della Salute, saranno diffusi attraverso canali differenziati, dalla pubblicazione sulla rivista Monitor dell'Agenas, alla presentazione nei congressi e nei convegni regionali, nazionali ed internazionali ai quali l'Agenzia sarà invitata a partecipare. Le attività svolte e gli strumenti realizzati saranno, infine, presentati in occasione di un convegno nazionale organizzato ad hoc in collaborazione con il Gruppo interregionale sull'empowerment.

L'obiettivo specifico perseguito dalla linea di lavoro B è stato quello di promuovere il trasferimento interregionale degli "UFE - Utenti Familiari Esperti" (esperienza realizzata dalla APSS - UO 2 Psichiatria della Provincia Autonoma di Trento), quale modello di intervento di empowerment organizzativo nell'area della salute mentale, basato sul "sapere esperienziale" di utenti e familiari.

La metodologia utilizzata al fine di raggiungere efficacemente l'obiettivo, si è basata sui criteri della ricerca-azione, con una progettazione partecipata che ha permesso il coinvolgimento attivo degli stakeholders per la condivisione di obiettivi specifici, delle azioni, degli strumenti, delle criticità e delle soluzioni.

Al progetto hanno partecipato quattro Unità di Ricerca (U.R.)

- APSS - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento – Unità Operativa 2 (UO 2) di Psichiatria
- Azienda USL di Bologna – Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e Dipendenze Patologiche
- Azienda ASL n° 8 di Cagliari - Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
- Az. USL Roma B – Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

Per la realizzazione delle attività è stato costituito un Gruppo di Coordinamento - composto dall'Agenas e dagli esperti dell'U.R. APSS di Trento-UO2 Psichiatria - che ha definito e condiviso gli obiettivi specifici, il piano dei lavori, le strategie di azione. Il Gruppo di coordinamento ha inoltre provveduto al monitoraggio dello stato di avanzamento del progetto, affinché fossero rispettati i tempi e le modalità previste dalla ricerca.

Nell'arco dei diciotto mesi nei quali si è sviluppato il progetto sono state realizzate le attività previste dal piano operativo, che di seguito sono descritte sinteticamente.

1. Individuazione dei contesti regionali in cui promuovere il trasferimento del modello di empowerment e reclutamento dei partecipanti. L'individuazione dei contesti si è basata principalmente su tre criteri:
 - promuovere la conoscenza ed il trasferimento degli UFE su tutto il territorio nazionale
 - selezionare città capoluogo di Regione per favorire la massima risonanza del progetto
 - coinvolgere i contesti in cui fossero già maturate esperienze di "fareassieme".
 - Sulla base di tali criteri sono state individuate due realtà del Nord Italia (Bologna e Udine), tre realtà del Centro Italia (Ancona, Perugia, Roma), due realtà del Sud Italia (Cagliari e Palermo). Dei sette DSM invitati a partecipare, sei hanno aderito al percorso proposto con diversi gradi di coinvolgimento: i DSM di Ancona, Perugia e Palermo hanno partecipato agli eventi di sensibilizzazione; i DSM di Bologna, Cagliari e Roma hanno aderito ad un impianto più complesso che, oltre agli eventi di sensibilizzazione, ha contemplato uno specifico percorso di formazione-intervento.
2. Progettazione condivisa di eventi di sensibilizzazione/informazione e di percorsi di formazione-intervento, finalizzati alla promozione del trasferimento interregionale del modello di intervento "UFE Utenti Familiari Esperti". La struttura degli eventi di sensibilizzazione - le "Giornate ufologiche" - è stata definita sulla base di un format da replicare, con i dovuti adattamenti, in tutte le realtà locali, così come la struttura dei percorsi di formazione-intervento che ha previsto, oltre alla giornata di sensibilizzazione, un corso di Formazione ("Corso Fareassieme") strutturato in 16 ore di formazione presso il DSM individuato e rivolto a circa 80 partecipanti tra operatori, utenti e familiari. Il percorso di formazione-intervento ha previsto, infine, la realizzazione di due stages presso l'UO 2 Psichiatria di Trento di 12 utenti, familiari e operatori per ogni DSM, intervallati da un "trasferimento tempora-

neo" di personale del DSM di Trento, presso ogni DSM partecipante.

3. Individuazione di metodi e strumenti per il monitoraggio delle attività progettuali e per la valutazione delle azioni previste. Il Gruppo di coordinamento ha predisposto una serie di strumenti di valutazione costruiti per monitorare lo svolgimento delle attività progettuali e per valutare l'impatto delle giornate di sensibilizzazione, dei corsi di formazione e degli stage. Gli strumenti elaborati sono rappresentati da questionari che comprendono domande a risposta chiusa e domande a risposta aperta, differenziati per tipologia di partecipante (organizzatori, relatori, professionisti, utenti e familiari) che rilevano il gradimento degli eventi e la percezione rispetto alla fattibilità della diffusione del modello di empowerment organizzativo nella propria realtà.
4. Realizzazione dei eventi di sensibilizzazione/ informazione. Nel mesi tra marzo 2011 e settembre 2011 sono stati realizzati sei eventi di sensibilizzazione in altrettanti capoluoghi regionali, un numero superiore rispetto a quanto previsto dal progetto (cfr. Allegato 14).
5. Implementazione dei percorsi di formazione-intervento. Nel mesi tra maggio 2011 e dicembre 2011 i tre DSM aderenti (Bologna, Cagliari e Roma) hanno attuato i percorsi di formazione-intervento implementando il corso di formazione e partecipando agli stage previsti (cfr. Allegato 15).
6. Valutazione delle azioni realizzate nelle diverse Regioni. Per ciascun evento di sensibilizzazione, corso di formazione e stage sono stati somministrati i questionari predisposti per la valutazione. L'UR APSS di Trento – UO 2 di Psichiatria ha provveduto all'analisi dei dati raccolti, rilevando un alto gradimento delle iniziative da parte dei professionisti, degli utenti e dei familiari; la maggior parte dei partecipanti, inoltre, ritiene che sia possibile trasferire, almeno in parte, il modello di empowerment organizzativo evidenziando quali criticità principali quelle di ordine politico, economico, territoriale e culturale. I risultati dei questionari sono stati condivisi nell'ambito di un seminario di valutazione e confronto tra i Dipartimenti di Salute Mentale aderenti al progetto, tenutosi presso la sede dell'Agenas il 23 marzo 2012.
7. Raccolta delle relazioni conclusive delle Unità di Ricerca, stesura della relazione finale e diffusione dei risultati attraverso modalità differenzi-

ate. Le attività di ricerca si sono concluse con la raccolta dei report sulle attività svolte dalle quattro UR che hanno concorso alla stesura della relazione finale sul progetto di ricerca. Un primo momento di diffusione sulle azioni realizzate è stato attuato in occasione della “Terza giornata ufologica nazionale” tenutasi a Trento il 15 giugno, che si è conclusa con la costituzione di una rete informale tra tutti i DSM partecipanti a vario titolo alla ricerca corrente 2010, per continuare a scambiarsi esperienze e conoscenze per la promozione del modello di empowerment organizzativo.

Il progetto è terminato nel mese di giugno c.a raggiungendo tutti i risultati previsti dalla ricerca e di seguito elencati.

- a. Realizzazione di tre eventi di sensibilizzazione/ informazione sul territorio nazionale. Nonostante i risultati attesi dal progetto prevedessero tre eventi di sensibilizzazione - da realizzare nel Nord, Centro e Sud Italia - sono stati organizzati sei distinti eventi denominati “Giornate ufologiche”. Le giornate sono state organizzate in collaborazione con i DSM delle città elencate di seguito ed hanno visto la partecipazione di circa 350 persone tra utenti, familiari e professionisti della salute mentale.
 - Palermo, 25/03/2011
 - Cagliari, 29/04/2011
 - Bologna, 26/05/2011
 - Roma, 08/06/2011
 - Perugia, 10/06/2011
 - Ancona, 30/09/2011
- b. Attuazione di percorsi di formazione-intervento nelle Regioni sede di sperimentazione. I tre DSM che hanno aderito ai percorsi di formazione-intervento hanno realizzato oltre alla giornata di sensibilizzazione anche il corso di formazione ed hanno partecipato agli stage presso l'APSS-UO2 Psichiatria di Trento. Tra il primo ed il secondo stage che ciascun DSM ha svolto a Trento, gli operatori e gli UFE di Trento hanno visitato le strutture di appartenenza dei colleghi delle

Regioni coinvolti nello stage. Complessivamente, quindi, sono stati attuati tre corsi di formazione, ciascuno della durata di due giorni e sei stage, ciascuno della durata di tre giornate. Considerando i partecipanti alle giornate di informazione, ai corsi ed agli stage sono stati coinvolti circa 500 persone tra utenti, familiari e operatori.

Ricerca Corrente 2010 “I processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle regioni italiane”

Il progetto di ricerca è nato con l'intenzione di fare il punto sul dibattito per arrivare ad individuare i processi di trasformazione in atto nei sistemi socio-sanitari delle Regioni italiane, mettere a punto le tendenze e cercare di collocare tali cambiamenti nel panorama dei sistemi di welfare europei.

L'obiettivo generale della ricerca è stato quello di confrontare i diversi sistemi sanitari delle regioni italiane a partire da alcune variabili chiave. L'attività di ricerca è stata tesa a studiare in profondità alcuni casi regionali (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Puglia) come rappresentativi di realtà innovative sul panorama dei sistemi sanitari regionali, al fine di raccogliere, analizzare e diffondere le esperienze avviate in merito alle azioni di governance e di programmazione regionale e locale, con specifico riferimento alle politiche sanitarie e per l'integrazione socio – sanitaria.

Il progetto si è strutturato secondo tre linee di intervento:

1. Classificazione dei sistemi sanitari regionali e confronto di coerenza tra questi ed i modelli di welfare emergenti a livello nazionale;
2. Descrizione dei sistemi e delle principali differenze tra i sistemi socio – sanitari territoriali, mettendo a confronto 5 regioni italiane;
3. Individuazione delle innovazioni significative sul piano dei prodotti (azioni, servizi, interventi) e dei processi (modalità di organizzazione strategica ed operativa delle risorse), nella direzione della valorizzazione delle buone pratiche.

L'attività si è articolata in cinque fasi:

fase1: analisi della letteratura e del dibattito relativo alla classificazione dei modelli sanitari;

fase 2: classificazione dei modelli sanitari delle regioni italiane

fase 3 : costruzione di casi regionali;

fase 4 : analisi dei casi regionali;

fase 5 : formazione a sostegno dell'innovazione della sanità regionale.

A partire dai risultati del lavoro di ricerca si è aperto un confronto con un team di esperti (decision maker, enti di formazione territoriali, università) utile all'individuazione di percorsi di orientamento della formazione verso la creazione di quelle competenze utili a sostenere i processi innovativi avviati nelle Regioni.

All'interno dei gruppi di esperti sono state adottate tecniche di consensus method (NGT), al fine di favorire l'individuazione delle competenze da sviluppare per il consolidamento degli aspetti innovativi emersi dall'indagine approfondita.

Al momento attuale si sta concludendo la riflessione sugli aspetti rilevanti emersi dalle attività di ricerca ed è stata avviata l'organizzazione dell'evento⁸ di diffusione dei contenuti e risultati del progetto.

L'Agenas, come nei mesi trascorsi, fornisce al gruppo di lavoro il proprio supporto scientifico, gestionale ed organizzativo al fine di una efficace conclusione delle attività ed una significativa diffusione dei risultati della ricerca. In particolare, nei prossimi mesi, con la chiusura ufficiale delle attività del progetto ed il nulla osta del Ministero della Salute, l'Agenzia si occuperà di supportare la più ampia diffusione delle attività e dei prodotti della ricerca.

Ricerca Autofinanziati: “Revisione e sviluppo organizzativo delle strutture ospedaliere, con particolare riferimento alle reti cliniche - Laboratorio per le reti ospedaliere”

L'Agenzia ha supportato e coordinato le attività di pertinenza del Progetto di ricerca autofinanziata 8/A Revisione e sviluppo organizzativo delle strutture ospedaliere, con particolare riferimento alle reti cliniche – Laboratorio per le reti ospedaliere.

La finalità generale del progetto è stata quella di avviare la progettazione e realizzazione di un laboratorio sulle reti ospedaliere, che permetta di sperimentare e validare un modello interregionale di monitoraggio sui cambiamenti dei modelli organizzativi in atto nelle Regioni italiane.

⁸ L'evento si terrà nella seconda metà del mese di novembre 2012.

Gli interlocutori regionali, coinvolti in quanto espressione regionale di esperienze e modelli organizzativi consolidati e, al tempo stesso, aperti al confronto ed all'implementazione, sono l'Azienda usl di Ravenna (Ausl Ravenna), l'Azienda Ulss 16 di Padova e l'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Puglia.

Gli obiettivi generali della ricerca sono stati definiti come segue:

- monitoraggio della qualità di reti ospedaliere, per la conoscenza delle esperienze innovative regionali;
- collaborazione e cooperazione tra gli operatori regionali, per l'implementazione dei modelli organizzativi che meglio rispondono ai bisogni di salute dei cittadini nel rispetto delle singole realtà regionali.

Tali obiettivi generali sono stati declinati e resi operativi avendo cura di valorizzare esperienze, competenze e bisogni di ricerca di ciascuno dei tre interlocutori regionali che prendono parte alle attività.

Le attività realizzate nell'ambito di questo progetto di ricerca hanno tra l'altro permesso di approfondire la riflessione sull' empowerment delle organizzazioni e di rispondere anche alle sollecitazioni giunte da parte della Conferenza Unificata del 20 settembre 2007, la quale ha previsto per l'Agenzia il compito di realizzare modelli di strutturazione delle reti ospedaliere.

Nell'ambito della Ricerca Autofinanziata sopracitata, sono stati esplorati in particolare due domini:

- modello organizzativo-gestionale ospedaliero (rete Hub&Spoke), a sostegno della continuità di cura in ambito oncologico;
- percorsi clinico-assistenziali per il paziente affetto da Alzheimer e altre demenze.

Il primo dominio, ossia quello della riflessione sul modello organizzativo-gestionale in ambito oncologico, ha visto come protagonista il gruppo di lavoro costituito nell'Area Vasta Romagna (in particolare, Azienda usl di Ravenna e Irst di Meldola). Del secondo dominio, ossia dei percorsi clinico assistenziali per il paziente con demenze, si è occupato il gruppo di lavoro che fa capo alla Direzione Sanitaria della Ulss 16 di Padova.

Il contributo dell'Azienda Usl di Ravenna

Con il continuo supporto scientifico e organizzativo di Agenas, la riflessione sul modello organizzativo – gestionale a sostegno della continuità di cura in ambito oncologico è stato realizzato attraverso tre fasi successive:

- revisione della letteratura scientifica in merito al costrutto “patient satisfaction” e patient experience;
- definizione delle aree di rilevanza per il monitoraggio e la valutazione della soddisfazione, in modo da operationalizzare il costrutto di “patient satisfaction” nell’ambito della rete oncologica;
- realizzazione di uno studio pilota per testare strumenti costruiti e/o scelti

Nella prima fase è stata esaminata la produzione scientifica internazionale reperibile in Medline al 5 marzo 2011 (cfr. [Allegato 16](#)); mediante l'ausilio del software T-Lab Multilingue Pro versione 4.1 sono stati estratti, comparati e mappati i contenuti di dati testuali. Complessivamente sono stati considerati 116 abstract che contenevano nel titolo le parole “patient satisfaction” e nell’abstract “oncology or cancer”.

Sulla base dei risultati dello studio qualitativo della prima fase e della revisione della letteratura, si è proceduto ad individuare strumenti in grado di rilevare la percezione, da parte del paziente, della qualità dell’assistenza ricevuta nell’ambito della rete oncologica. Analizzati criticamente diversi strumenti, che si limitano a rilevare porzioni del percorso di cura e non la qualità anche organizzativa tra i vari servizi, è stato individuato uno strumento qualitativo che permette di esplorare la percezione della Continuity of Care dal punto di vista del paziente (cfr. [Allegato 17](#)).

Sulla base di queste riflessioni ed evidenze, è stato realizzato uno studio pilota per testare in ambito oncologico uno strumento qualitativo (intervista semi-strutturata), funzionale a rilevare la continuity of care percepita dal paziente con neoplasia colon-retto e mammella.

Lo studio, a questo punto, si è trasformato in un protocollo, strutturato ed approvato dal Comitato Etico di Area Vasta Romagna (cfr. [Allegato 18](#)).

Il protocollo è stato denominato “Reti cliniche e percorsi diagnostico terapeutici integrati per pazienti con neoplasia colon-retto e mammella: R.IN.CU.O.R.A.Mi (Reti INtegrate per la CUra del carcinoma cOLon Retto mAMmella)”. Nell’ambito del protocollo è stata condotta una indagine qualitativa cui hanno partecipato trenta pazienti, con neoplasia al colon-retto e alla mammella, in follow up e seguiti entro la rete assistenziale di Area Vasta Romagna.

Le attività del progetto si concluderanno il 27 settembre p.v., con il Convegno conclusivo di presentazione dei risultati. Il convegno si terrà a Bologna, in collaborazione con la Direzione Generale dell’Assessorato Salute e Politiche Sociali e l’Università di Bologna.

Il lavoro di ricerca sui percorsi clinico-assistenziali per il paziente affetto da Alzheimer e altre demenze è stato ridefinito in termini di “Progetto SOS Demenza” ed ha avuto l’obiettivo di descrivere le modalità attraverso le quali, nel contesto di Padova, la rete dei servizi fornisca risposte alla popolazione affetta da demenza, in particolare per quanto riguarda le problematiche di supporto ai care giver.

Per il raggiungimento di tale obiettivo, con il supporto metodologico di Agenas, il gruppo di lavoro ha realizzato un case study.

Nell’ambito del case study, è stato rintracciato uno strumento (cfr. Allegato 19) utile ad indagare i bisogni (formativi) espressi dai familiari nei diversi setting assistenziali (domiciliare, centro diurno, residenza, ospedale). Inoltre, attraverso strumenti già validati in altre realtà, è stato utilizzato un questionario per valutare il carico percepito dai cosiddetti informal care giver (cfr. Allegato 20).

Sulla base di quanto emerso dal case study, è stato sviluppato un portale multifunzionale (accessibile all’indirizzo: www.sosdemenza.it) per il supporto all’assistenza al paziente con diagnosi di demenza. Il portale, oltre ad essere un punto di riferimento per fornire informazioni alle famiglie, permettere un elevato grado di interazione tra sito ed utenti (Web 2.0), favorendo tra l’altro il contatto del familiare con altri care giver (forum/gruppo di auto-aiuto) e la partecipazione ad iniziative di formazione a distanza, dedicate specificatamente care-giver non professionali. Al momento il portale è stato costruito ed attivato nella rete internet, e sono stati caricati i moduli di un primo percorso formativo, sulla gestione dei disturbi comportamentali nella demenza, in tre diverse lingue. Il portale sarà ufficialmente presentato a Padova il prossimo 5 Ottobre in occasione del Convegno conclusivo del Progetto.

In sintesi, le attività realizzate all'interno del Progetto di ricerca autofinanziata "Laboratorio per le reti" hanno permesso di raggiungere i seguenti risultati:

- costruzione di un modello di valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino, con particolare attenzione per i vissuti di continuità di cura, all'interno di un modello organizzativo-gestionale di tipo Hub&Spoke in oncologia;
- costruzione di un pacchetto formativo rivolto agli informal caregiver all'interno dei percorsi clinico-assistenziali per persone affette da Alzheimer e altre demenze.

Sono attualmente in corso, di concerto con i referenti delle Unità di Ricerca, le attività di organizzazione della fase di presentazione e diffusione dei risultati della ricerca, che prevedono la realizzazione di workshop tematici nei prossimi mesi di settembre e ottobre 2012.

111



Ricerca Autofinanziati: "Turismo Sanitario"⁹

Il progetto si sviluppa nell'ambito delle iniziative dell'Agenas volte a promuovere l'empowerment di comunità. La finalità di questo progetto è di consentire a tutte le persone in precario stato di salute e/o condizioni funzionali che pregiudicano l'accesso alle opportunità che la vita offre, di poter liberamente fare turismo usufruendo di soluzioni mirate al caso specifico. Gli obiettivi del progetto sono stati i seguenti:

- definizione e costruzione di un modello di "turismo sanitario", che tenga conto e risponda adeguatamente ai bisogni della popolazione che si trova in situazione di disabilità;
- individuazione dell'area pilota (Alta Irpinia), dove è stato sperimentato il modello;
- predisposizione di un modello di sistema informativo unico, che possa essere implementato su base nazionale, previa condivisione con le regioni, per la raccolta standardizzata dei dati inerenti le strutture turistiche e sanitarie che partecipano al progetto accessibile attraverso sito web dedicato.

⁹ Questo progetto è stato realizzato in collaborazione con la **sezione Affari Generali e Personale**

Nel primo semestre 2012, si è concluso il progetto sperimentale di ricerca autofinanziata “Turismo Sanitario” in collaborazione con la Regione Campania.

Nel periodo di riferimento si è operata una mappatura dell'offerta turistica – sanitaria e dei trasporti del territorio “Alta Irpinia”(cfr. Allegato 21): rilevazione di tutte le strutture di ospitalità, somministrazione di alimenti, siti d'arte e culturali. Il team regionale, di concerto con il consorzio dei servizi sociali Alta Irpinia, ha acquisito i questionari (redatti nel primo semestre di inizio lavori – cfr Allegato 15) compilati manualmente da alcune strutture alberghiere, che sono stati introdotti nella banca-dati. Alla fine del percorso sono stati elaborati dei pre-requisiti di cui devono essere in possesso le strutture di somministrazione alimenti per la partecipazione alla rete delle strutture turistiche adeguate in ragione dei bisogni espressi dai turisti “speciali”. Per quanto concerne i siti d'arte e culturali è stata operata una capillare visita “sul campo” in cui sono stati rilevati alcuni elementi prevalentemente connessi all'accessibilità dei siti, con riferimento agli stati funzionali per cui tale condizione è determinante.

Inoltre si è predisposto un sistema informativo (cfr Allegato 22) – banca-dati delle strutture (e dei territori) – dotati di “accessibilità di eccellenza” (strutture di ospitalità, somministrazione alimenti e vivande, siti d'arte e culturali, strutture/servizi sanitari, sistema dei trasporti). Tale sistema informativo si può vedere andando sul seguente indirizzo: <http://turismosanitario.agenas.it/>.

La promozione di iniziative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie¹⁰

5

Promozione di iniziative di confronto e di omogeneizzazione in materia di accreditamento delle strutture sanitarie

Le attività realizzate nel primo semestre 2012 dall'Agenas per la promozione di iniziative di confronto e di omogeneizzazione in materia di accreditamento, si sono articolate nelle seguenti linee di lavoro:

1. Accreditamento quale strumento per il miglioramento continuo della qualità: il “Disciplinare tecnico” - elaborato dal Tavolo per la revisione della normativa sull'accreditamento, istituito presso il Ministero della Salute, e contenente la proposta sui requisiti comuni e ulteriori - è stato presentato e discusso con i referenti di tutte le Regioni/P.A.. Parallelamente, l'Agenzia ha promosso una serie di attività finalizzate alla costruzione di metodi e strumenti operativi in grado di agevolare la declinazione/puntualizzazione dei Criteri/Fattori di qualità individuati e dei relativi requisiti di accreditamento istituzionale.

¹⁰ Le attività sono svolte in collaborazione dalle sezioni Qualità e Accreditamento ed Organizzazione Servizi Sanitari

2. Monitoraggio del percorso di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private: è stata realizzata, nel corso dei mesi di giugno, e proseguirà nel mese di luglio 2012, una nuova indagine diretta a monitorare lo stato di implementazione dei percorsi di accreditamento delle strutture pubbliche e private, per quest'ultime, in considerazione del termine fissato dalla Legge finanziaria 2007 (Legge n. 296/2006) e successive modificazioni. E' in fase di attuazione l'analisi dei dati raccolti, funzionale alla predisposizione di un report conclusivo.
3. Aggiornamento della ricognizione delle norme regionali sullo stato di attuazione del percorso di accreditamento istituzionale in riferimento alla legge n. 296/2006 e successive modificazioni e predisposizione di schede sintetiche descrittive del percorso di autorizzazione e accreditamento.
4. Collaborazione alla elaborazione di pareri, sia sui provvedimenti normativi in materia di accreditamento emanati dalle Regioni impegnate nei piani di rientro dal disavanzo sanitario, che sulla documentazione/questionario per la verifica degli adempimenti LEA relativi all'anno 2011.

Accreditamento quale strumento per il miglioramento continuo della qualità

L'Agenas ha partecipato ai lavori del Tavolo per la revisione della normativa sull'accREDITamento (TRAC) istituito presso il Ministero della Salute e composto da rappresentanti del Ministero, delle Regioni e dell'Agenas, al fine di dare attuazione alle disposizioni contenute nell'articolo 7 del Patto per la Salute 2010-2012. Tenendo conto del mandato conferito, il tavolo ha elaborato un "Disciplinare tecnico" contenente:

- i requisiti comuni per l'accREDITamento istituzionale riprendendo, sostanzialmente, i contenuti di due documenti elaborati dal Gruppo di lavoro coordinato dall'Agenas, nel corso del primo semestre 2011:
 1. "Fattori/Criteri di qualità delle organizzazioni sanitarie da condividere nei sistemi di autorizzazione /accREDITamento delle

Regioni, come elementi di garanzia del sistema delle cure” già condiviso da tutte le Regioni e Province Autonome;

2. “Linee guida per l’adozione dei fattori/criteri di qualità delle organizzazioni sanitarie all’interno dei sistemi di autorizzazione/accreditamento delle Regioni e Province Autonome”.

Per ciascun requisito è stato definito l’obiettivo perseguito, il razionale e un elenco di evidenze utili a dimostrare la conformità ai requisiti medesimi.

- i requisiti ulteriori di qualità distinti in due ambiti: a valenza nazionale (Sicurezza dei pazienti; Umanizzazione e Comunicazione interna/ esterna; Valutazione delle performance; Integrazione) e a valenza regionale (Attività di ricerca e di didattica non ricomprese nella mission aziendale; Progetti specifici regionali; Complessità organizzativa)
- le modalità di verifica prevedendo l’identificazione, da parte delle Regioni/P.A., di organismi accreditanti con modalità di lavoro predefinite.

Il tavolo di lavoro ha discusso e condiviso il disciplinare con i rappresentanti di tutte le Regioni/P.A.; è da notare che, alla luce di successive riflessioni circa la suddivisione in requisiti di base e requisiti ulteriori e l’opportunità di unificare il documento, è in corso di elaborazione una nuova proposta di revisione da parte dell’Agenas e del Ministero

Congiuntamente l’Agenas ha promosso una serie di attività finalizzate alla costruzione di metodi e strumenti operativi in grado di agevolare la declinazione/puntuallizzazione dei Criteri/Fattori di qualità individuati e dei relativi requisiti di accreditamento istituzionale.

È stato condotto, in prima istanza, uno studio documentale di alcune esperienze europee ed internazionali, al fine sia di comparare i criteri/requisiti individuati e condivisi a livello nazionale con gli standard di altri sistemi europei o Agenzie internazionali di accreditamento e valutarne la completezza ed esaustività, che di identificare un modello di riferimento per la definizione del sistema.

Sono stati esaminati sia modelli di autovalutazione della qualità, che modelli di accreditamento.

Con riferimento ai primi, l'analisi si è focalizzata sul modello dell' EFQM (European Foundation for Quality Management); sul modello dell'ISQua: ALPHA (Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation), e su quelli della W.H.O.: Quality of Care A process for making strategic choices in health systems e PATH Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals. Relativamente ai secondi invece, l'Agenas ha analizzato i modelli di accreditamento di Francia, Danimarca, Australia e della Joint Commission International.

116



L'analisi ha evidenziato che gran parte dei modelli esaminati erano stati declinati tenendo conto della logica del ciclo di Deming (ciclo di PDCA - plan-do-check-act). Questo modello, in grado di promuovere una cultura della qualità tesa al miglioramento continuo dei processi e all'utilizzo ottimale delle risorse, parte dall'assunto che per perseguire la qualità è necessaria la costante interazione tra pianificazione, progettazione, implementazione, misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento. Applicare costantemente le quattro fasi del ciclo di Deming consente di migliorare continuamente la qualità e soddisfare le esigenze del cittadino/paziente.



Muovendo dalla logica del ciclo di Deming (ciclo di PDCA - plan-do-check-act), un gruppo di esperti sta valutando l'ipotesi di predisporre un manuale operativo di supporto alle Regioni/P.A. nella declinazione/puntualizzazione dei Criteri/Fattori di qualità e dei relativi requisiti di accreditamento istituzionale.

Monitoraggio del percorso di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche

Nell'ultimo triennio l'Agenas, su mandato del Ministero della Salute e della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, ha promosso specifiche indagini conoscitive sullo stato di implementazione del percorso di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie sia pubbliche sia private.

Per queste ultime la Legge finanziaria 2007 (Legge n. 296/2006) e successive modificazioni ha, infatti, fissato tempi certi per il definitivo passaggio all'accreditamento istituzionale definitivo. In particolare, per le strutture private ospedaliere e ambulatoriali il termine è scaduto il 1° gennaio 2011, mentre per le altre strutture sanitarie e sociosanitarie la scadenza è prevista per il 1° gennaio 2013. I risultati ottenuti hanno consentito sia di delineare un quadro complessivo del fenomeno che di monitorare il progressivo superamento dell'accreditamento provvisorio.

Al fine di proseguire e approfondire lo studio dell'evoluzione dei percorsi di accreditamento regionali, si è ritenuto utile avviare una nuova indagine che, analogamente alle precedenti, è stata realizzata attraverso la somministrazione di un'apposita scheda di rilevazione (cfr. Allegato 23) e lo svolgimento di successivi colloqui di approfondimento con i referenti segnalati da ciascuna Regione/Provincia Autonoma, per un'analisi dei risultati conseguiti e delle eventuali criticità riscontrate. Lo strumento di rilevazione è rimasto sostanzialmente invariato, si è provveduto ad unificare le schede utilizzate per l'indagine sulle strutture pubbliche e quelle adoperate per le strutture private. Si è, inoltre, ritenuto opportuno escludere dalla disamina le strutture ospedaliere e ambulatoriali private, in considerazione della scadenza del termine fissato, dalla legge n. 296 del 2006 e successive modificazioni, per il passaggio all'accreditamento istituzionale definitivo.

Conformemente agli anni precedenti l'analisi ha riguardato il percorso di autorizzazione e di accreditamento delle strutture pubbliche, mentre per le strutture private è stato esaminato esclusivamente il percorso di accreditamento.

La scheda di rilevazione è stata inviata a tutti gli Assessorati regionali in data 15 maggio 2012. Attualmente 19 Regioni/P.A. hanno trasmesso informazioni utili ad aggiornare lo stato di avanzamento dei percorsi.

Le informazioni ottenute dalle schede di rilevazione compilate sono state approfondite e verificate con i referenti regionali attraverso interviste telefoniche con le singole Regioni/P.A., nel periodo compreso tra il 20 giugno e il 2 luglio.

Al termine dell'indagine si procederà all'analisi dei dati e alla predisposizione di un report finale, che verrà trasmesso al Ministero e alla Commissione Salute.

Periodica ricognizione delle norme regionali sullo stato di attuazione del percorso di accreditamento istituzionale in riferimento alla Legge n. 296/2006

È proseguita l'attività di ricognizione delle norme regionali dirette a disciplinare il sistema di accreditamento istituzionale.

La ricognizione descrive sinteticamente e per ciascuna Regione/P.A. il percorso evolutivo della normativa in materia di autorizzazione e accreditamento e presenta brevi cenni sui provvedimenti relativi alla ricognizione e determinazione del fabbisogno e alla riorganizzazione della rete delle strutture eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio.

118



Il documento aggiornato è disponibile sul sito dell'Agenzia, nella sezione Qualità e Accreditamento e costituisce un utile strumento di analisi dei sistemi di autorizzazione e accreditamento regionali.

Si è, altresì, provveduto ad aggiornare le schede sintetiche descrittive delle procedure di autorizzazione e accreditamento, che rappresentano un utile strumento di supporto alla lettura e alla comparazione dei diversi sistemi.

Ogni scheda illustra informazioni relative: alla strutturazione dei manuali; agli enti preposti alla ricezione della richiesta e al rilascio del provvedimento; all'iter di verifica; ai termini di vigenza dello stesso provvedimento; alla vigilanza del possesso dei requisiti e alla costituzione di specifici albi, registri o elenchi.

Elaborazione dei pareri in materia di accreditamento

È continuata, anche nel primo semestre 2012, la collaborazione con il Ministero della Salute per la predisposizione dei pareri sui provvedimenti emanati dalle Regioni impegnate nei piani di rientro, riguardanti la tematica dell'accredimento.

L'Agenas ha, altresì, garantito il proprio supporto alla valutazione di diversi aspetti del questionario e della documentazione per la verifica degli adempimenti LEA relativi all'anno 2011, in specie rispetto alla stesura dei pareri riferiti alla "sezione AH" del questionario, dedicata all'accredimento istituzionale.

Monitoraggio delle variabili di qualità, efficienza ed equità

6

Sistema di Monitoraggio della Qualità (SMQ) del SSN

Il gruppo di lavoro Agenas ha perfezionato, nel corso del 1° semestre 2012, la definizione del Sistema di Monitoraggio della Qualità (SMQ) del SSN attraverso le seguenti attività:

- a. elaborazione di set di indicatori relativi alle sezioni SALUTE (Efficacia) e RISORSE (Efficienza) dello schema generale del SMQ;
- b. costruzione di un prototipo di sito web per il Sistema di Monitoraggio della Qualità (SMQ) del SSN;
- c. identificazione, messa a punto, rilevazione sul campo e avvio della "pesatura" degli indicatori relativi alla sezione DIRITTI (Empowerment) dello schema generale del SMQ.

Elaborazione di set di indicatori relativi alla sezione SALUTE (Efficacia) e RISORSE (Efficienza)

Sono stati elaborati 30 indicatori relativi alle seguenti aree:

Tabella n. 4

	CRITERI	Indicatori
Macro	Meso	
SALUTE	Accessibilità e fruibilità	4
	Appropriatezza percorsi assistenziali	14 (in particolare area della sicurezza)
	Esiti	4 (Psichiatria)
RISORSE	Efficienza organizzativa	8

Naturalmente a questi indicatori vanno aggiunti quelli previsti dal Programma Nazionale Esiti che sono parte costitutiva del SMQ.

Prototipo di sito web per il Sistema di Monitoraggio della Qualità (SMQ) del SSN

Parallelamente alla definizione degli indicatori si è anche realizzato lo schema per la pubblicazione dei risultati ed il prototipo di portale AGENAS necessario alla navigazione dei rapporti. La semplice struttura di navigazione via web, suddivisa per aree e tipi di utente, consente di “traversare” tutti i livelli, visualizzando le aree del sistema di indicatori previste.

Relativamente ai punti a) e b) si rimanda per ulteriori approfondimenti all'articolo: “Verso un sistema nazionale di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria” (Di Stanislao F. – Carinci F.) - Rivista trimestrale Agenas - Monitor : n° 30 (2012) (Focus on: Valutare per meglio programmare).

Identificazione, messa a punto, rilevazione sul campo e avvio della "pesatura" degli indicatori relativi alla sezione DIRITTI (Empowerment) dello schema generale del SMQ.

Il gruppo di lavoro Agenas sul SMQ (con la collaborazione di tutti i referenti regionali sul tema dell'empowerment dei cittadini e con la collaborazione in convenzione di Cittadinanza Attiva) ha:

- specificato per ciascuno dei fattori presenti nello schema generale SMQ, i sub-fattori, gli elementi base e per ciascun elemento gli indicatori (140), secondo la seguente tabella:
- messo a punto le modalità di reclutamento/coinvolgimento dei cittadini-rilevatori e le attività (metodi e strumenti) di formazione degli stessi;
- affiancato le Regioni nelle attività di reclutamento e formazione e successivamente affiancato i gruppi di cittadini-rilevatori nelle visite nelle strutture ospedaliere individuate dalle Regioni per la sperimentazione delle modalità e strumenti di rilevazione. La sperimentazione è avvenuta in 54 strutture ospedaliere in tutto il territorio nazionale;

predisposto il sistema di "pesatura" dei fattori ed elementi dello schema generale e avviato il sistema che prevede il coinvolgimento, nella determinazione dei pesi di ciascun fattore ed elemento, di tutti i soggetti (tecnici – nazionali, regionali ed aziendali- e cittadini) che hanno partecipato alle fasi di elaborazione e sperimentazione del modello di valutazione.

Attività Programma Nazionale Esiti

Agenas, nel 1° semestre 2012, ha ulteriormente proseguito l'implementazione del Programma Nazionale Esiti, (PNE), con le seguenti attività:

- acquisizione, controllo, organizzazione del file SDO 2005-2011 "linkato" con Anagrafe tributaria;
- disegno, analisi fattibilità, discussione ed analisi definitiva di nuovi indicatori di esito:

Tabella n. 5

FATTORI	SUB-FATTORI	elementi	N. element	N. ind.	Ind. dal n. al n.	tot. ind.
1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	1.1 attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona	1.1.1 funzione di supporto psicologico	10	5	1-5	45
		1.1.2 attività/interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno		4	6-9	
		1.1.3 agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti		9	10-18	
		1.1.4 "ospedale senza dolore"		4	19-22	
	1.2 rispetto della privacy	1.2.1 rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili		5	23-27	
		1.2.2 rispetto della riservatezza		2	28-29	
	1.3 impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa	1.3.1 rispetto delle specificità linguistiche		2	30-31	
		1.3.2 rispetto delle esigenze di culto		4	32-35	
		1.3.3 rispetto delle specificità etniche e culturali		4	36-39	
	1.4 continuità delle cure	1.4.1 agevolazione della continuità delle cure		6	40-45	
2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort del luogo di cura	2.1 accessibilità fisica	2.1.1 eliminazione delle barriere architettoniche	9	3	46-48	47
		2.1.2 accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto		9	49-57	
	2.2 logistica e segnaletica	2.2.1 orientamento e segnaletica		2	58-59	
		2.2.2 percorsi interni		2	60-61	
	2.3 reparti di degenza "a misura d'uomo"	2.3.1 dotazioni e caratteristiche dei reparti di degenza		8	62-68	
		2.3.2 reparti di degenza "a misura di bambino"		4	69-72	
		2.3.3 comfort alberghiero		8	73-80	
	2.4 comfort generale della struttura	2.4.1 comfort dei servizi comuni		8	81-88	
3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza	3.1 semplificazione delle procedure	3.1.1 semplificazione delle modalità di prenotazione	5	4	93-96	22
		3.1.2 semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni		3	97-99	
	3.2 agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza	3.2.1 agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria		8	100-107	
		3.2.2 accesso alle informazioni		4	108-111	
		3.2.3 accessibilità e fruibilità del sito web		3	112-114	
4. Cura della relazione con il paziente/cittadino	4.1 relazione tra professionista sanitario e paziente	4.1.1 cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale	5	15	115-129	26
		4.1.2 formazione del personale alla relazione di aiuto		3	130-132	
	4.2 relazione con il cittadino	4.2.1 assunzione di impegni nei confronti del cittadino		5	133-137	
		4.2.2 accoglienza		2	138-139	
		4.2.3 formazione del personale di contatto		1	140	
			29			140

Elenco Indicatori PNE 2011

(in corsivo gli indicatori di nuova introduzione nel periodo considerato)

- Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 48 ore: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- PTCA eseguita oltre 48 ore dal ricovero per Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dall'intervento
- Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore
- PTCA eseguita per condizione diverse dall'Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni
- Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni

- Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni
- Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni
- Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Rivascolarizzazione carotidea: riammissioni ospedaliere per ictus entro 30 giorni
- Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Ictus: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
- BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
- Colectomia: proporzione di colectomie laparoscopiche
- Colectomia laparoscopica: degenza totale
- Proporzione di colectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro a 4 giorni
- Colectomia laparoscopica: complicanze a 30 giorni
- Colectomia laparoscopica: altro intervento a 30 giorni
- Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Frattura del collo del femore: tempi di attesa per intervento chirurgico
- Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore
- Frattura della Tibia/Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico
- Intervento di artroscopia di ginocchio: reintervento entro 6 mesi
- Tumore maligno del polmone: mortalità a trenta giorni dall'intervento **
- Ospedalizzazione per influenza
- Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica
- Ospedalizzazione per asma pediatrico
- Ospedalizzazione per asma negli adulti

- Ospedalizzazione per asma senile
- Ospedalizzazione per diabete non controllato (senza complicanze)
- Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete
- Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete
- Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori nei pazienti diabetici
- Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva
- Ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario
- Ospedalizzazione per ipertensione arteriosa
- Ospedalizzazione per scompenso cardiaco
- Ospedalizzazione per angina senza procedure
- Interventi chirurgici non oncologici: mortalità a 30 giorni dall'intervento
- Ospedalizzazione per complicanze del diabete in pazienti diabetici
- Intervento in pazienti con Tumore dello stomaco: mortalità a 30 giorni
- Intervento in pazienti con Tumore del colon: mortalità a 30 giorni
- Intervento in pazienti con Tumore del retto: mortalità a 30 giorni
- Intervento in pazienti con Tumore del colon: %intervento in Endoscopia
- Intervento in pazienti con Tumore del retto: %intervento in Endoscopia
- IMA:Mortalità a 1 anno
- IMA:MACCE a 1 anno
- IMA: proporzione di ricoveri successivi entro 2 giorni
- IMA: proporzione di PTCA eseguite nel ricovero indice o in un ricovero successivo entro 7 giorni
- STEMI:mortalità a 30 giorni(grezzi)
- NO STEMI:mortalità a 30 giorni(grezzi)
- 410.9:mortalità a 30 giorni(grezzi)
- STEMI: proporzione di PTCA (grezzi)

- NO STEMI:proporzione di PTCA (grezzi)
- 410.9:proporzione di PTCA (grezzi)
- STEMI:volume di attività
- NO STEMI:volume di attività
- 410.9:volume di attività
- Intervento chirurgico per K polmone: volume di attività
- Intervento chirurgico per K stomaco: volume di attività
- Intervento chirurgico per K pancreas: volume di attività
- Intervento chirurgico per K colon retto: volume di attività
- Intervento chirurgico per K esofago: volume di attività
- Intervento chirurgico per K fegato: volume di attività
- Intervento chirurgico per K mammella: volume di attività
- Intervento chirurgico per K cistifellia: volume di attività
- Intervento chirurgico per K prostata: volume di attività
- Intervento chirurgico per K rene: volume di attività
- Intervento chirurgico per K vescica: volume di attività
- Chirurgia:aneurisma aorta addominale non rotto
- Angioplastica coronarica
- Artroplastica ginocchio
- Bypass
- Colicestectomia totale
- Colicestectomia laparoscopica
- Endoarterectomia carotidea: Stenting
- Endoarterectomia carotidea: Endo
- Intervento chirurgico per K retto: volume di attività
- Valvuloplastica
- Infarto miocardico acuto
- Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale
- Rivascolarizzazione carotidea
- Ictus

- BPCO
- Parti
- Frattura del collo del femore
- Frattura della Tibia/Perone
- Scompenso cardiaco congestizio
- Colectomia: proporzione di colectomie laparoscopiche (ricoveri totali)
- Colectomia laparoscopica: complicanze a 30 giorni (ricoveri totali)
- Colectomia laparoscopica: altro intervento a 30 giorni (ricoveri totali)

126



Introduzione di indicatori di volume di attività finalizzati all'analisi di fattibilità di interventi di razionalizzazione della rete ospedaliera (vedi L 135/2012)

In quest'ambito, sono state contemplate le seguenti attività:

- l'overview delle revisioni sistematiche sul rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure
- l'analisi della associazione tra volumi di attività ed esiti delle cure

Sviluppo nuovi modelli di risk adjustment , con analisi specifica, per ogni indicatore degli effetti dell'aggiustamento e della distribuzione in ciascun ospedale/popolazione delle variabili che determinano i maggiori effetti del controllo del confondimento

- Sviluppo, test ed implementazione nuovo sito web PNE;
- Partecipazione a più di 30 iniziative regionali e locali di presentazione discussione di PNE;
- Implementazione di un sistema di monitoraggio degli accessi al sito web PNE;
- Disegno ed implementazione della survey nazionale sulle politiche regionale ed aziendali per il miglioramento dell'efficacia del trattamento della frattura del femore.

- Sperimentazione di nuovi indicatori di valutazione di esiti per patologia cronica (diabete e BPCO) in popolazione ;
- Analisi e valutazione delle proposte di modifica de integrazione delle SDO in collaborazione con il Ministero della Salute;
- Tutte le attività PNE sono state svolte in collaborazione con:
 - il Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio, per la gestione web, disegno indicatori e metodi, analisi dati;
 - le Direzioni competenti del Ministero della Salute, in particolare Programmazione ed NSIS;
 - MES, CRISP, Agenzia Sanitaria ER per lo sviluppo di nuovi indicatori, modalità di comunicazione e utilizzazione dei dati PNE nelle politiche regionali ed aziendali;
 - con le strutture regionali competenti in materia di valutazione per le sperimentazioni regionali e di programmi di auditing clinico ed organizzativo.

127



**Programma
Valutazione Esiti (PNE)**
Ed. 2012, SDO 2005-2011

PERCORSO CLINICO-ORGANIZZATIVO DEL PAZIENTE ANZIANO CON FRATTURA DI FEMORE

Il questionario si propone di indagare le caratteristiche dei programmi predisposti dalle Aziende Sanitarie per l'assistenza integrata ai pazienti anziani con frattura di femore.

Si compone di 4 sezioni:

SEZIONE A:

ha lo scopo di individuare le caratteristiche strutturali e la dotazione organica degli Ospedali aziendali in cui sono presenti reparti che trattano la frattura di femore

SEZIONE B:

ha lo scopo di raccogliere informazioni sulle variabili organizzative che caratterizzano il programma aziendale nel suo complesso

SEZIONE C:

ha lo scopo di raccogliere informazioni sulle modalità in cui si articola il percorso in tutte le sedi aziendali

SEZIONE D:

modalità di monitoraggio del programma

Modifica schede già inserite

Sezione A1 Sezione A2 Sezione B Sezione CD **elimina scheda**



Analisi dei Sistemi di finanziamento dei Servizi sanitari regionali e tariffe delle prestazioni sanitarie

Predisposizione di pareri relativi a provvedimenti regionali in tema di sistemi di remunerazione e di compartecipazione alla spesa

L'Agenas predispone, su richiesta del Ministero della Salute, pareri in merito ai provvedimenti emanati dalle Regioni impegnate nei piani di rientro, nel caso di specie, riguardanti le tematiche della remunerazione delle prestazioni sanitarie, dei controlli esterni e di appropriatezza, del finanziamento degli erogatori. Nel 1° semestre 2012 sono stati esaminati provvedimenti adottati dalle Regioni: Abruzzo, Campania, Molise, Lazio, Puglia e Sicilia:

128



Analisi dei provvedimenti regionali in tema di sistemi di remunerazione e di compartecipazione alla spesa

Prosegue l'attività di ricognizione, valutazione e sintesi dei provvedimenti regionali relativi a sistemi di remunerazione e di compartecipazione alla spesa. I documenti prodotti sono stati forniti al Direttore di Agenas e al Ministero della salute.

Programma CCM 2009 – progetto “La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali

Le attività di pertinenza del Programma CCM 2009 – Convenzione “La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali”, hanno preso avvio nel mese di marzo 2010, a seguito dell'approvazione ufficiale da parte del Ministero. La durata del progetto, inizialmente di 24 mesi, è stata prorogata di 12 mesi a seguito di richiesta di Agenas (richiesta presentata il 15.06.2011 prot 6018.). Questo programma ha, nelle sue intenzioni progettuali, il monitoraggio dei problemi di salute della popolazione immigrata, al fine di consentire l'individuazione delle priorità di intervento nonché l'organizzazione dei servizi in un'ottica gestionale efficiente, efficace ed economica. L'analisi ed il monitoraggio sono effettuate attraverso una serie di indicatori, da estendere, una volta a regime, a tutte le Regioni.

Nel primo semestre 2012, nel suo ruolo di capo progetto, l'Agenas si è occupata di coordinare e supportare il Gruppo di lavoro, costituito da dieci Unità Operative, nelle otto linee di attività previste e di proseguire le attività di diretta competenza ed ha predisposto la relazione relativa al secondo anno di attività. Agenas ha intrattenuto – ed intrattiene tuttora - continui contatti con gli interlocutori regionali, al fine di illustrare l'importanza dei temi in oggetto e di evidenziare l'opportunità per le Regioni di prendere parte al percorso formativo sull'uso ed il calcolo degli indicatori sperimentati. Al momento attuale, si è ottenuta l'adesione ufficiale e formalizzata di Basilicata, Bolzano, Trento, Liguria, Molise, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, Abruzzo, mentre per le regioni, Campania, Friuli VG e Sardegna si è in attesa della formalizzazione dell'adesione.

Nel mese di maggio c.a. è stato avviato un piano di formazione delle regioni che hanno aderito al progetto. In particolare è stata prodotta la documentazione necessaria ed è stato organizzato nei giorni 8-9 maggio 2012 il Seminario nazionale “La salute della popolazione immigrata – Il monitoraggio da parte dei SSR” a cui hanno partecipato, oltre le UO del progetto, 9 regioni (Valle d'Aosta, PA Trento, PA Bolzano, Liguria, Toscana, Umbria, Abruzzo, Basilicata, Sicilia). Tali regioni e il Veneto hanno condiviso la metodologia e si sono impegnate a produrre gli indicatori per gli anni 2007-2010.

Agenas ha definito la metodologia per la valutazione della spesa relativa alla valutazione della popolazione immigrata e ha predisposto i “format” per il calcolo automatico dei relativi indicatori. La metodologia proposta mira a rispondere a tre quesiti:

- a) le risorse assorbite per l'assistenza sanitaria sono differenti nei diversi gruppi di popolazione ?
- b) quanto si spende per erogare l'assistenza sanitaria agli immigrati ?
- c) a quanto ammonta il finanziamento necessario per assicurare agli immigrati l'assistenza sanitaria?

Attualmente tale metodologia è in corso di sperimentazione presso le Unità operative del progetto.

Nel corso di specifici incontri e contatti con tutte le Unità Operative si è verificato lo stato di avanzamento delle singole linee di attività, che sono risultate sostanzialmente in linea con il gantt del progetto.

Agenas sta conducendo a livello nazionale il calcolo degli indicatori per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata secondo quanto previsto dal documento “La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi”¹¹. Nel I° semestre 2012 è stato completato il calcolo sulle SDO 2010.

Infine, Agenas prosegue le attività di manutenzione e esercizio del sito web dedicato al progetto. Tale sito è fondamentale per il lavoro in atto tra le UO ed è lo strumento fondamentale per la formazione ed il supporto alle Regioni che hanno aderito al progetto. Il sito sarà costituito da due aree operative: una area pubblica, ad accesso illimitato e di libera fruizione, e da un area riservata privata, accessibile esclusivamente alle UO tramite utenze profilate e dotate di credenziali di accesso.

130



Progetto di un nuovo sistema di misurazione e valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere

Convenzione attività di supporto e gestionale dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali nel programma denominato “mattoni del SSN”

Il progetto prevede la definizione di un nuovo sistema di misurazione e valorizzazione dei ricoveri ospedalieri, con l’obiettivo di sostituire il sistema DRG attualmente in uso con un sistema aggiornato e basato sulle specificità del sistema sanitario italiano. Il progetto è coordinato dal Ministero della salute e prevede la partecipazione delle regioni Emilia Romagna (capofila), Lombardia e Friuli Venezia Giulia, oltre che di alcuni ospedali.

Nell’ambito del progetto, Agenas garantisce supporto operativo e gestionale. In particolare, Agenas ha collaborato alla definizione e all’aggiornamento del piano operativo generale e dei piani operativi delle regioni partecipanti, ha partecipato alla definizione della metodologia per l’elaborazione preliminare della base dati SDO e alla definizione della metodologia per la verifica dei costi associati ai singoli DRG allo scopo di evidenziare le criticità e definire i possibili correttivi.

Come previsto dalla Convenzione tra Agenas e MdS, è stato realizzato, il sito web dedicato al progetto. Tale sito ha un duplice scopo di funzionare sia come “vetrina” del progetto, con informazioni destinate ad un vasto pubblico, sia come stru-

¹¹ Il documento è stato prodotto nell’ambito del progetto Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia (Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio I, n. DG/PREV/I3488/P/F 3 ad, 2007).

mento di lavoro per quanti collaborano alla realizzazione del progetto. Il sito web è, pertanto, costituito da due aree operative: una area pubblica, ad accesso illimitato e di libera fruizione, e da un area riservata privata, accessibile esclusivamente alle UO tramite utenze profilate e dotate di credenziali di accesso. Le credenziali di accesso saranno personalizzate in modo da consentire agli utenti di accedere ad una o più aree tematiche.

Nell'ambito del sito Agenas ha realizzato un sistema documentale per consentire la raccolta e la distribuzione dei prodotti realizzati dalle UO.

Agenas prosegue le attività di manutenzione e esercizio del sito web dedicato al progetto.

Accordo di collaborazione tra Ministero dell'Economia e delle Finanze – IGESPES e Agenas in tema di analisi delle problematiche relative all'efficienza della sanità pubblica ed alla valutazione degli atti regionali nell'ambito della verifica degli adempimenti

Nell'ambito dell'Accordo con il Ministero dell'Economia sono state svolte attività inerenti alla valutazione e alla proposta di modifiche del decreto di aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale proposto dal ministero della salute, alla valutazione dell'impatto delle nuovo sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria proposto dal Ministero della salute, alla definizione e al monitoraggio delle ulteriori manovre finanziarie, alla valutazione degli adempimenti per le regioni soggette a Piano di rientro, alla definizione di un cruscotto sintetico per il monitoraggio dei dati Tessera Sanitaria.

Progetto: “Assistenza sociosanitaria – fabbisogni e costi”

L'esigenza di rendere più efficiente il sistema sanitario nazionale impone di migliorare l'appropriatezza dell'assistenza e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse. Per perseguire tali obiettivi, frequentemente viene suggerito di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione, incrementando contestualmente l'assistenza distrettuale nei diversi regimi residenziale, semiresidenziale e domiciliare. Tali forme di assistenza sono rivolte principalmente a tre tipologie di utenza: gli anziani, i disabili, le persone affette da patologie psichiatriche.

La carenza di parametri di riferimento per la definizione del fabbisogno di assistenza territoriale di tipo domiciliare, residenziale e semiresidenziale e i diversi livelli di spesa osservati nelle singole regioni rendono indispensabile uno studio per rendere disponibili ai diversi livelli istituzionali informazioni per la proposta di parametri condivisi e comunque utili per la corretta programmazione.

I diversi livelli di spesa, come si è visto, possono in parte essere spiegati con il diverso modo di identificare e classificare le attività di assistenza, dai differenti sistemi di remunerazione, dalla variabilità dei livelli di copertura della popolazione.

Per rispondere al quesito circa le cause delle differenze osservate in modo più completo sarebbe necessario disporre anche di informazioni relative alla tipologia di attività erogata ai diversi destinatari (Anziani non autosufficienti, Persone disabili giovani e adulte, Persone con patologie psichiatriche, Persone con patologie terminali), e sui costi di produzione.

Attualmente la carenza di informazioni complete ed omogenee relative alle singole regioni non consente di dare una risposta esaustiva.

Si è proposto pertanto il progetto per:

- l'individuazione delle tipologie di offerta sociosanitaria (tipologie di strutture, di prestazioni, di intensità delle cure) e delle tipologie di utenti erogate nelle regioni, tenendo conto delle classificazioni già disponibili e indicati da documenti di riferimento quali quelli della commissione LEA citati in premessa;
- la stima dei fabbisogni, tenendo conto della letteratura e delle esperienze regionali;
- la stima dei costi di erogazione delle diverse tipologie di assistenza (processo assistenziale di presa in carico per l'ADI, attività residenziali e semiresidenziali) ed in relazione alle diverse tipologie di utenza;
- la revisione sistematica degli studi esistenti, con il supporto di esperti;
- la collaborazione delle regioni;
- la eventuale specifica rilevazione di informazioni presso le singole realtà

- che renda disponibili dati confrontabili tra Regioni da utilizzare per le diverse necessità conoscitive dei livelli della programmazione sanitaria nazionale, regionale e aziendale;
- la proposta di eventuali parametri di riferimento;
- la eventuale proposta di sistemi di finanziamento e remunerazione.

Il presente progetto, che sarà attivato nella secondo semestre del 2012 in collaborazione con la sezione Agenas OSS, costituisce un ampliamento del progetto “I costi delle prestazioni di assistenza agli anziani in regime residenziale e riabilitativo territoriale (ex art 26)” precedentemente attivato.

13 Nella fase attuale il progetto LA è sviluppato anche nella Regione Calabria.

La gestione del programma di ECM ed il supporto della Commissione Nazionale per la Formazione continua

7

Relativamente all'attività Agenas / ECM, nel 1° semestre 2012 la stessa si è focalizzata sull'accreditamento degli eventi ECM e dei Provider (gestione del sito ECM, banca dati referee, gestione contabile, supporto alla Commissione e alle Sezioni, ulteriori adempimenti istituzionali, ecc), oltre che sulla gestione della segreteria della Commissione.

Si procede di seguito a fornire i dati relativi alle specifiche attività promosse e realizzate nel periodo di riferimento per il Sistema di formazione continua in medicina.

Segreteria ECM

La Segreteria ha seguito le attività connesse alle riunioni della Commissione Nazionale per la Formazione Continua (la convocazione, l'organizzazione dei lavori, l'ospitalità, la verbalizzazione, la definizione delle determinate della Commissione e il rilascio di tutte le attività decise nella riunione ivi comprese quelle connesse alla comunicazione, pubblicazione sul sito ECM dei comunicati, avvisi, ecc.) e alle riunioni degli altri organi connessi alla Commissione.

Nel periodo 1 gennaio – 30 giugno 2012 le riunioni sono state complessivamente **21**, così ripartite:

- Commissione Nazionale: **4** riunioni
- Comitato di Presidenza: **3** riunioni
- Comitato di Garanzia: **1** riunione
- Gruppo dossier formativo: **5** riunioni
- Gruppo di lavoro libere professioni: **1** riunione
- Comitato LEA: **2** riunioni
- Sezione III: **2** riunioni
- Sezione IV: **1** riunione
- Sezione V: **2** riunioni

136



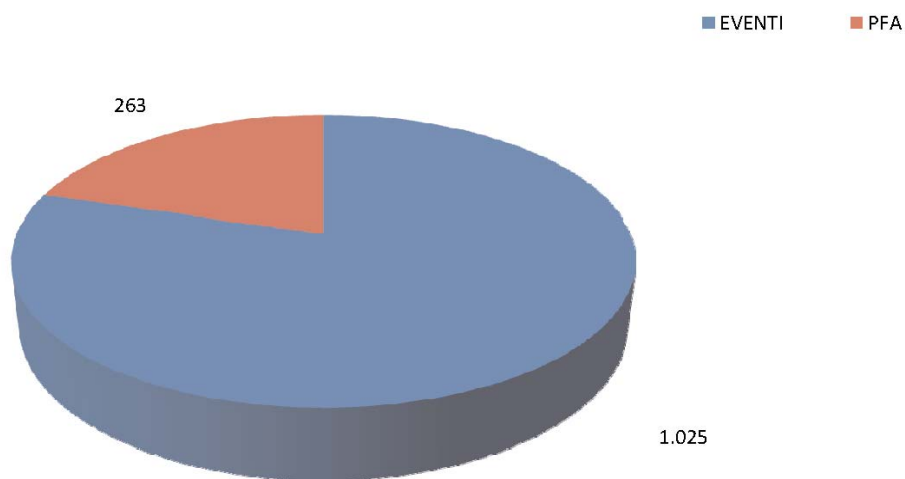
Sistema di Accreditazione Eventi

Nel 1° semestre 2012 sono stati accreditati eventi e progetti formativi aziendali come segue:

1° SEMESTRE 2012 - attività formative erogate (sistema di accreditamento eventi)

EVENTI residenziali **1.025**

PFA **263**

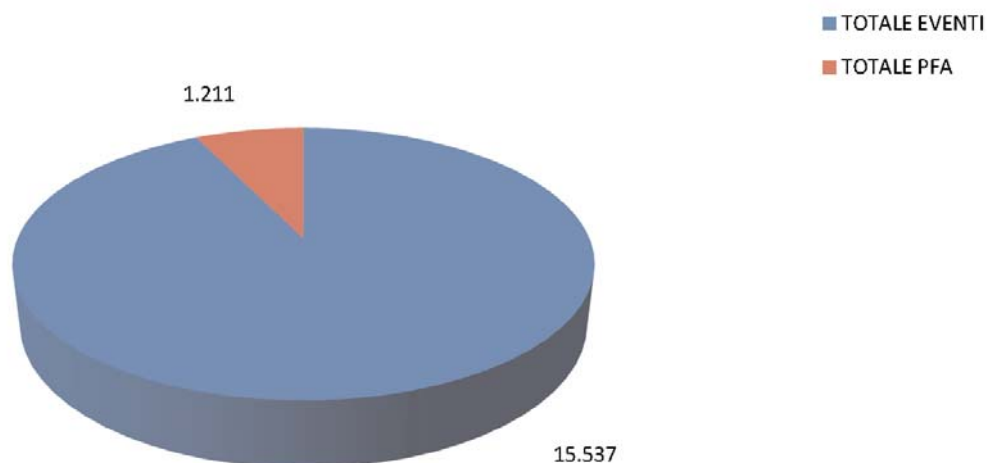


Sistema di Accredimento Provider Provvisori

Nel 1° semestre 2012 nel sistema di accreditamento provider gli eventi definitivi pagati sono stati:

1° SEMESTRE 2012 - attività formative erogate (sistema di accreditamento eventi)

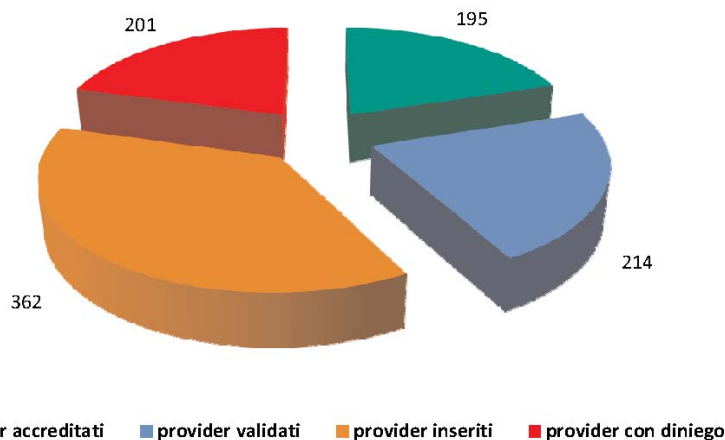
EVENTI RES	14.821
EVENTI FSC	306
EVENTI FAD	410
PFA RES	1.047
PFA FSC	164



137

Nello stesso periodo, le attività dedicate all'accREDITamento dei provider nazionali hanno prodotto quanto segue:

sono stati accreditati n. 195 provider provvisori, n. 214 provider hanno "validato" la richiesta di accREDITamento, a fronte di un totale di n. 362 provider che si sono inseriti nel sistema informatico, cioè che hanno avviato in qualche misura le procedure di accREDITamento. Infine n. 201 provider hanno ricevuto il diniego all'accREDITamento.



Sistema di Accredimento Provider Standard

Nel mese di aprile c.a. la Segreteria ha avviato la procedura per l'accREDITamento dei provider standard, secondo quanto previsto dagli accordi Stato-Regioni del 5 novembre 2009 e del 19 aprile 2012. L'attività è stata impostata in ordine cronologico rispetto alle determinate per l'accREDITamento provvisorio, assunte dalla Commissione nazionale per la formazione continua nei mesi di aprile, giugno e luglio 2010. In queste date sono stati accREDITati provvisoriamente n. 90 provider.

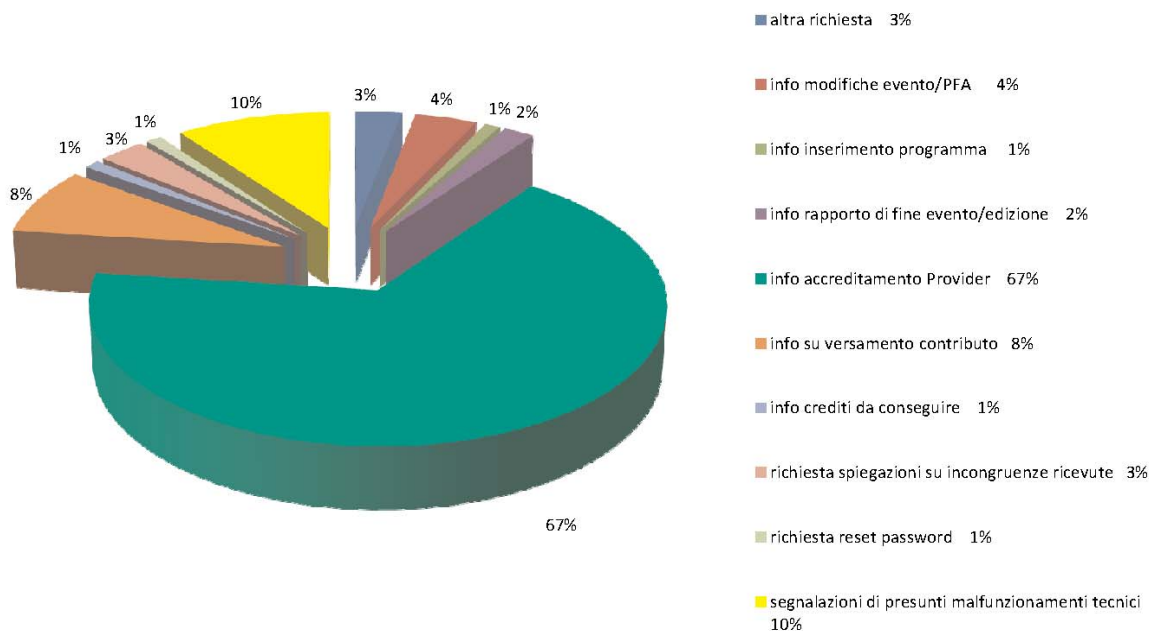
Dei 90 provider accREDITati provvisoriamente per:

- n. 87 la Segreteria ha attivato la funzione informatica di "accREDITamento standard", dopo aver fatto una prima verifica dell'aggiornamento dei requisiti attuali previsti per l'accREDITamento ed aver invitato il provider ad integrare secondo gli stessi i propri dati originari;
- n. 3 sono stati cancellati o è stata avviata la procedura di cancellazione.

Nel mese di giugno c.a. è stata effettuata la prima visita in loco ad un provider che aveva inoltrato la domanda di accREDITamento standard.

Call Center

Nel 1° semestre 2012 il call center ha avuto circa 23.200 contatti telefonici, la maggior parte circa informazioni riguardanti il sistema di accreditamento Provider (67%); di seguito un dettaglio delle telefonate suddivise per tipologia.



Il Monitoraggio dei Piani di Rientro

8

Il monitoraggio dei Piani di Rientro costituisce uno degli obiettivi indicati negli indirizzi della Conferenza Unificata del 20 settembre 2007 per l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali; in riferimento a tale attività sono stata stipulate da questa Agenzia apposite convenzioni con il Ministero della Salute.

L'Agenzia è chiamata alla partecipazione alle attività di affiancamento delle Regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311., ed al contempo allo sviluppo di attività di collaborazione nei riguardi di quelle Regioni, nell'ambito delle quali esiste la necessità di un supporto propedeutico alla stesura del citato accordo, ovvero finalizzato a scongiurare l'insorgere di criticità.

In relazione alle attività individuate, l'Agenzia è chiamata a garantire la collaborazione attraverso la disponibilità di risorse umane esperte da impegnare nell'attività di affiancamento delle regioni che hanno sottoscritto i Piani di Rientro, in stretta collaborazione con il Ministero della Salute.

Nelle note che seguono è riassunta in dettaglio l'attività di aggiornamento, svolta specificatamente nel periodo considerato (1° semestre 2012) nelle Regioni che l'Agenzia ha affiancato, o in quelle, nei cui confronti ha fornito supporto e collaborazione.

Regione Basilicata

Nel corso del 1° semestre 2012 è proseguita l'attività avviata nel 2011 finalizzata a migliorare la raccolta dei costi per livelli assistenziali, mediante l'apposito flusso informativo del NSIS denominato modello LA, ottenuto mediante la riclassificazione dei costi rilevati dalla contabilità generale.

Per perseguire tale obiettivo, nel periodo considerato, Agenas ha predisposto il manuale relativo alla predisposizione delle tabelle intermedie di passaggio dal conto economico consuntivo al modello LA, illustrate sinteticamente nella relazione relativa al 2° semestre 2011

Il manuale (cfr. Allegato 24), partendo da una base comune per tutte le regioni¹², è stato adattato per la specifica organizzazione delle aziende della Regione Basilicata.

Il manuale specifica, per ogni tabella:

- i criteri di rilevazione dei costi, specificando le fonti contabili;
- i criteri di ribaltamento dei costi dei servizi intermedi, ausiliari e generali sui centri finali;
- i flussi informativi NSIS che possono essere utilizzati per valutare la coerenza dei dati economici con quelli di attività (ad esempio, i costi registrati nella colonna “beni sanitari” alla riga “altre forme di assistenza farmaceutica” devono corrispondere ai dati forniti dall'apposito flusso relativo all'assistenza farmaceutica, file F).

Nel periodo è anche proseguita l'attività di verifica dei modelli LA compilati dalle aziende, evidenziando le anomalie riscontrate in appositi incontri con le aziende interessate.

Regione Calabria

Le attività di supporto alla Regione Calabria nel 1° semestre 2012 introducono alcuni nuovi elementi di sviluppo del sistema sanitario regionale.

Nel secondo semestre 2011, con la nomina del nuovo sub commissario Dott. Luigi D'Elia in sostituzione del dott. Navarra, la Regione ha iniziato concretamente a

¹² Nella fase attuale il progetto LA è in fase di sviluppo anche nella Regione Calabria

ragionare sulle azioni operative da porre in essere al fine di recuperare il ritardo nell'attuazione del riassetto delle reti assistenziali previsto dal DPGR 18/2010.

Nel primo semestre 2012 sono però emerse particolari criticità nei rapporti tra i Subcommissari ed il Dipartimento Tutela della salute; è stato pertanto necessario rivedere da parte della Regione le modalità di collaborazione tra il Dipartimento e la Struttura Commissariale.

Le tre reti

I gruppi di lavoro riferiti alle tre reti sono stati organizzati in modo simile tra loro con un gruppo ristretto che sviluppa le proposte e, poi tramite il personale della regione, realizza una condivisione delle proposte stesse con le aziende.

Nel primo semestre 2012 la Regione, in continuità con i provvedimenti attuativi della rete ospedaliera di cui al DPGR 18/2010 approvati nel 2011, ha completato il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera ed avviato il processo di riorganizzazione della rete Emergenza Urgenza. I provvedimenti approvati nel primo semestre 2012 sono stati:

- Decreto n. 136/11 avente ad oggetto: “Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio; Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini”, con il quale si stabilisce la ripartizione dei posti letto per disciplina nell'azienda ospedaliera Pugliese-Ciaccio, e l'assegnazione di 250 posti letto all'AOU Mater Domini.
- Decreto n. 26/12 avente ad oggetto: “Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie dei soggetti erogatori privati”, con il quale si ridefinisce la rete degli erogatori privati accreditati, nell'ambito del trattamento delle acuzie, in regime di ricovero ordinario e/o diurno.
- Nota del marzo 2012 con la quale la Regione trasmette delle schede informative alle singole strutture per programmare ed articolare i cambiamenti necessari alla realizzazione della nuova rete ospedaliera.

- Decreto n. 24/12 avente ad oggetto: “Integrazione al DPGR n. 106/2011. Assegnazione posti letto all'IRCCS INRCA di Cosenza”, con il quale si integra il Decreto 106/11 con i 39 posti letto di pertinenza del presidio ospedaliero IRCCS INRCA di Cosenza distinti in: 27 posti letto: di Geriatria; 8 posti letto di Terapia intensiva cerebrovascolare; 4 posti letto di Terapia del dolore.
- Nota del marzo 2012 di chiarimenti in risposta alla richiesta dai Ministeri affiancanti in riferimento al raccordo tra la programmazione del decreto 18/10 e le ordinanze commissariali per la realizzazione delle nuove strutture ospedaliere.
- DPGR n.106/2012 Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei postiletti per post acuzie dei soggetti pubblici e privati con il quale la regione assegnai posti letto di postacuzie ospedaliera alle strutture pubbliche e private.

Decreti di recepimento della determinazione dei posti letto, come ridefiniti dai decreti 18/2010 e 106/2011: della ASP di Vibo Valentia (DPGR 101/12); dell'ASP di Catanzaro (DPGR 102/12); dell'ASP di Cosenza per i presidi spoke di Castrovillari (DPGR 103/12), Rossano/Corigliano (DPGR 104/2012) e Cetraro Paola (DPGR 105/12); dell'AO di Catanzaro (DPGR 107/12); dell'ASP di Crotone (PDGR 138/2012);

I decreti di riconversione la riconversione dei presidi individuati dal DPGR 18/2010 da riconvertire in CAPT (II FASE), con i quali termina il processo di riconversione delle strutture individuate con DPGR 18/2012 ad eccezione del PO di Rogliano.

- Decreto n. 94/12 avente ad oggetto: “Approvazione proposta programmata progetto Riordino, Riorganizzazione e Reingegnerizzazione della rete Urgenza/emergenza Regione Calabria, nel rispetto dei dettami del DPGR 18/2010”.

Di seguito si descrivono le attività svolte nel periodo considerato e attualmente in essere nell'ambito dei singoli blocchi logici.

Rete ospedaliera

Alla luce di quanto emerso dai provvedimenti attuativi della rete ospedaliera, l'Agenas sta affiancando la Regione affinché possano essere definitivamente superate le criticità emerse attraverso specifiche azioni, che vengono di seguito elencate.

1. Progetti di cambiamento contenenti le azioni tempificate con i risvolti sulle risorse umane, i costi e gli investimenti:
 - 1a. è stato articolato il percorso metodologico per la definizione dei progetti di cambiamento da parte delle Aziende sanitarie. L'Agenas è attualmente impegnata nella fase di valutazione delle schede compilate dalle Aziende affinché possa essere strutturato un programma operativo ai fini del reale raggiungimento degli obiettivi previsti, della verifica e del controllo dei risultati;
 - 1b. è stato avviato il percorso metodologico per la determinazione degli "standard di fabbisogno di personale". Attualmente è in corso la fase di sperimentazione del metodo individuato su alcuni presidi AO e ASP prima dell'applicazione definitiva. Nel primo semestre 2012 è stata effettuata la raccolta dei dati per il personale medico ed assistenziale, condivisi i risultati ed effettuato il relativo confronto con la situazione attuale con i referenti delle Aziende del gruppo campione.
2. Rispetto dell'articolazione delle specialità prevista dal DPGR 18/2010 per i singoli presidi all'interno della rete di emergenza:
 - è stato previsto un confronto con il gruppo regionale di coordinamento della rete di emergenza-urgenza al fine di una ottimizzazione delle funzioni assegnate ai singoli presidi.
3. Articolazione delle reti per singola specialità in grado di garantire le popolazioni precedentemente coperte dai presidi convertiti:
 - è in atto il processo di approfondimento delle reti per patologia/specialità e la definizione di regole di comportamento tra i presidi interessati (HUB and Spoke per patologia) ed il territorio. In questa sede sono possibili degli spostamenti di special-

ità tra i presidi dell'ASP per rendere più logica la missione di ciascun presidio.

Ai fini della riorganizzazione delle reti per patologia la Regione ha istituito con apposito decreto le seguenti Task force:

- Decreto n. 03/12: "Istituzione task force per la lotta all'infarto miocardico acuto";
- Decreto n. 08/12: "Istituzione task force per l'individuazione di linee guida inerenti il riassetto della rete nefro-dialitica regionale";
- Decreto n. 15/12: "Istituzione task force per l'individuazione di linee guida inerenti il riassetto della rete per il trattamento delle patologie urologiche";
- Decreto n. 25/12: "Istituzione task force per l'individuazione di linee guida inerenti il riassetto della rete per la psichiatria".

I gruppi di lavoro tecnici dell'Agenas sono attualmente impegnati nel supporto tecnico per la definizione delle reti per l'infarto miocardico acuto e della psichiatria.

4. Progetti di assistenza territoriale in grado di prendere in carico il fabbisogno assistenziale attualmente garantito in modo non appropriato dai presidi ospedalieri:
 - Il Gruppo di lavoro Agenas ha predisposto un documento programmatico per la definizione dei percorsi di presa in carico. La Regione è in attesa di avviare le attività di indagine tramite la distribuzione del questionario contenuto nel documento e strutturare le interviste per la rilevazione dei dati.
5. Articolazione delle specialità affidate agli erogatori privati, per area geografica e per singola azienda, fase necessaria per la trattativa con i privati per il budget per singolo erogatore articolato per specialità e tipologia di prestazione:
 - nel mese di luglio 2011 l'Agenas aveva fornito una proposta metodologica per la trattativa con gli erogatori privati di prestazioni ospedaliere basata sul concetto di integrazione

tra erogatori pubblici e privati per bacino di utenza con l'obiettivo di creare un'offerta privata in grado di erogare prestazioni di buona qualità utili per il comprensorio di cui fanno parte.

Nel mese di marzo 2012 l'Agenas ha fornito un ulteriore documento sui "Criteri di assegnazione di funzioni" alle case di cura private, e precisamente:

- a. Integrazione al pubblico. Assegnazione di posti letto solo in settori con mancanza o scarsità di offerta pubblica e/o indicatori di mobilità elevata.
- b. Specializzazione. Per le strutture private di piccole dimensioni (PL < 80 per acuti) assegnazione di funzioni solo in settori specialistici che possono fornire elevata qualità assistenziale anche se non inserite in un contesto complessivo (per esempio oculistica, ortopedia e riabilitazione, materno - infantile) oppure assegnazione di funzioni in un solo settore di attività: Chirurgico, Medico, Materno - infantile, Postacuzie eventualmente associata.
- c. Autonomia. Privilegiare l'assegnazione di funzioni che non richiedono stretto raccordo con servizi territoriali e MMG (la cui organizzazione non rientra nella competenza del privato) necessario per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio.
- d. Responsabilità pubblica. Assegnazione di funzioni la cui committenza è chiaramente definibile e programmabile nel medio periodo per consentire i necessari investimenti.
- e. Responsabilità per l'emergenza. Se viene riconosciuta un'attività da garantire anche in emergenza: obbligo di prevedere la copertura dell'offerta nelle 12 o 24 ore (es. accoglienza urgenze ortopediche nelle 24 h) e il raccordo con la rete dell'emergenza.
- f. Responsabilità dei risultati. Assegnazione di funzioni nelle quali è possibile il controllo di appropriatezza e controllo esiti, di norma viene richiesta la completezza del percorso di cura

della specifica attività (diagnosi-terapia e riabilitazione) nella stessa sede o attraverso accordi formali con altre strutture pubbliche e private (es. ortopedia e riabilitazione, diagnostica e terapia della patologia tiroidea).

- g. Collegamento con la rete ospedaliera pubblica. Individuazione formale dell'ospedale pubblico di riferimento per le attività non proprie e per le emergenze (definizione tariffaria per le prestazioni eventualmente richieste alle Strutture Pubbliche).
- h. Recupero mobilità passiva extraregionale. Assegnazione di attività in discipline con consistente mobilità passiva in cui lo sviluppo di Strutture Private accreditate di particolare qualificazione può ridurre, nel medio periodo, la "migrazione" dei pazienti.
- i. Offerta completa del settore specifico. Nelle Strutture a cui viene richiesta attività in regime di ricovero, viene di norma prevista anche attività specialistica ambulatoriale e di chirurgia ambulatoriale anche in specialità diverse da quella di ricovero; la presenza di tali attività può consentire una maggiore "tutela" per i ricoverati in particolare nelle Strutture monospecialistiche.

La Regione ha effettuato gli incontri sia con i direttori delle Aziende Sanitarie per verificare il fabbisogno, sia con i singoli erogatori privati ai fini della trattativa.

Con DPGR n. 26/2012 è stato approvato il decreto con il quale si ridefinisce la rete degli erogatori privati accreditati, nell'ambito del trattamento delle acuzie, in regime di ricovero ordinario e/o diurno.

6. Articolazione delle postacuzie:

- una prima impostazione delle postacuzie era già inclusa nella DPGR 18/2010, ma l'articolazione specifica era stata lasciata alle aziende sanitarie. E' stato proposto di costituire un gruppo regionale che, insieme con gli specialisti Agenas, elabori

le linee guida di organizzazione e di appropriatezza per il lavoro delle aziende.

Nel mese di maggio 2012 l'Agenas ha fornito un documento sui criteri di appropriatezza per l'articolazione dei posti letto di postacuzie con il quale viene trattata la fase di riabilitazione intensiva ospedaliera (cod. 75 e 28) ed estensiva (cod. 60), demandando a successivi documenti l'analisi e le proposte per l'ambito Territoriale.

Particolare attenzione è stata posta alle specifiche azioni di sistema che permettano di:

- ridurre i ricoveri impropri in degenza per acuti;
- ridurre le giornate di degenza inappropriate in reparti per acuti dopo la stabilizzazione della fase acuta di malattia;
- contenere i tempi di degenza in Ospedale mediante una precoce valutazione multidimensionale dei bisogni riscontrati e l'individuazione tempestiva del tipo di accoglienza post ricovero;

dare risposte più adeguate ai bisogni clinico-assistenziali dei pazienti con alta complessità, in particolare di quelli fragili, con la possibilità di indirizzare tali pazienti verso setting diversi, sia in termini di organizzazione, che in termini di costi di risorse.

Tali azioni presuppongono:

- modificazione dell'attuale organizzazione regionale dei letti di "lungodegenza" con il rafforzamento dell'offerta extraospedaliera sia residenziale, sia semiresidenziale, sia domiciliare, quale segmenti di percorsi che devono essere completati sul territorio;
- identificazione delle varie tipologie di setting di cura di post-acuzie in un ambito di continuità assistenziale e contestuale valutazione multidimensionale dei bisogni che condizionano la scelta di percorso e caratterizzano la "presa in carico" del paziente;

- condivisione tra Ospedale e Territorio del percorso di cura prescelto con identificazione dei criteri di appropriatezza di invio dei pazienti nei vari setting di cura;
- definizione di indicatori specifici per una analisi dei livelli di appropriatezza in termini di efficacia ed efficienza;
- organizzazione del collegamento operativo tra gli Ospedali e i Distretti delle Asp competenti per territorio, a cui spettano le funzioni di tutela e di integrazione dei percorsi nella rete di offerta territoriale;
- omogeneizzazione dell'offerta di assistenza residenziale extraospedaliera e quella domiciliare in tutte le ASP della Regione;
- miglioramento delle qualità dell'assistenza e l'integrazione professionale mediante corsi specifici di formazione;
- ottimizzazione dei costi;
- organizzazione a livello ospedaliero sistemi di risposta, modalità di accesso e dimissione strutturate con la finalità di raccordare cure erogabili a livello territoriale e cure ospedaliere al fine di evitare ricoveri motivati solo da bisogni diagnostici complessi disponibili solo a livello ospedaliero e dimissioni senza supporto specialistico e/o di conoscenza clinica di quanto emerso e deciso durante la degenza.

In definitiva, il documento predisposto da GdL Agenas ai fini della definizione dei criteri di appropriatezza, fornisce:

- un elenco delle prevalenti tipologie di diagnosi che possono determinare il bisogno riabilitativo;
- l'articolazione dei posti letto per area geografica e per tipologia di ricovero in attuazione del decreto 106/2011 con il quale la regione articola i posti letto per acuzie per singolo presidio;
- i criteri per il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico – gestionale per singola area di attività riabil-

itativa: codici 75; 56; 60; 28.

Il documento infine fornisce le indicazioni sulle prossime azioni da svolgere ai fini della riorganizzazione della rete delle postacuzie. In particolare:

1. Identificazione centri regionali di riferimento per le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione – Cod. 75 e Cod. 28;
2. Definizione della Rete per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (CGA): le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione vanno ricondotte ad un'integrazione organizzativa, rivolta ad un ampio bacino di riferimento, che in ambito regionale garantisca percorsi dedicati come la rete riabilitativa per persone affette da gravi cerebrolesioni acquisite e gravi traumi encefalici.

In attuazione delle raccomandazioni delle Conferenze Nazionali di Consenso è necessario definire la Rete regionale per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite individuando il centro di riferimento regionale che si ipotizza collocato presso l'Istituto per le GCA dà attivo da molti anni a Crotone.

Di seguito vengono indicate le linee di indirizzo operativo e per la definizione della rete regionale GCA:

- Individuazione Standard di Riferimento dei Nodi di Rete Clinici:
 - Requisiti tecnologici
 - Requisiti strutturali
 - Requisiti organizzativi
 - Standard professionali
 - Indicatori di performance oltre gli indicatori di appropriatezza già indicato
 - Riorganizzazione della Rete per Livelli di Intensità (Hub and Spoke) e percorsi di cura
 - Sistema tariffario
 - Autorizzazione ed accreditamento

Effetti complessivi sui costi regionali

3. Attivazione rete Territoriale di cui dal DPGR 18/2010, riguardante le strutture territoriali residenziali semiresidenziali, nonché l'attività ambulatoriale e domiciliare.
4. Articolazione del progetto regionale di continuità assistenziale e di presa in carico integrata (sanitaria e sociosanitaria) territoriale così da promuovere l'unicità di conduzione del percorso riabilitativo per i casi che necessitano di continuità assistenziale e conseguente:
 - avvio del processo di costituzione del Progetto Riabilitativo di Struttura, finalizzato alla creazione di relazioni in rete con le altre strutture e in cui siano coinvolti tutti i setting assistenziali del processo di presa in carico e cura (Adempimento LEA);
 - Identificazione del Sistema di Classificazione da utilizzare per la valutazione del paziente (Adempimento LEA);
 - Identificazione delle informazioni da rilevare a livello informatico dal sistema gestionale delle Aziende (Adempimento LEA).
5. Costituzione di Gruppo di Lavoro composto da tecnici e funzionari regionali volto a:
 - implementare quanto previsto per l'implementazione del Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 2011 (*Adempimento LEA*);
 - definire i criteri di valutazione e monitoraggio degli indicatori di appropriatezza identificati e/o da identificare che tengano conto di una approfondita valutazione del percorso realizzato, anche al fine di una revisione/aggiornamento dei predetti indicatori.

Come evidenziato nel decreto 18/2010, è compito dell'ASP l'analisi della situazione specifica dei propri residenti, l'attivazione delle strutture territoriali in sostituzione del ricovero, il coordinamento dell'analisi congiunta con gli erogatori di prestazioni ospedaliere e la stipula di contratti con gli erogatori privati. A tal fine, il

Gruppo di lavoro Agenas ha predisposto l'analisi, per ciascuna ASP, della produzione degli erogatori privati, di quella degli erogatori pubblici, nonché del fabbisogno soddisfatto in altra sede per ottenere una razionalizzazione dell'offerta complessiva all'interno di ogni azienda sanitaria provinciale.

Al fine di facilitare e governare i cambiamenti nel rispetto del piano di rientro, è stato attivato il gruppo di cambiamento a livello regionale in cui le ASP possono confrontarsi per omogeneizzare le azioni e diffondere metodologie comuni.

È, infine, necessario rivedere il piano di investimento in tecnologie per adattarlo alla nuova rete ospedaliera in modo da concentrare le poche risorse a disposizione nei punti da sviluppare.

Rete Emergenza-Urgenza

Alla fine del 2010 era stata elaborata una proposta di riordino della Continuità Assistenziale contenente un metodo per la relativa razionalizzazione portando il numero di postazioni da 334 a 260 attraverso il loro accorpamento e rendendo così il sistema omogeneo su tutto il territorio regionale.

Nell'ambito della rete di emergenza-urgenza era stato creato un gruppo di lavoro ristretto ed uno allargato, composto da tutte le relative strutture complesse delle aziende sia ospedaliere sia territoriali. Questo gruppo allargato è servito a condividere il metodo del piano di rientro, ovvero raccogliere informazione sull'effettivo lavoro svolto e condividere delle proposte operative prima che queste divenissero proposte di delibere.

Nel periodo preso in esame, il Gruppo di lavoro allargato è stato coordinato direttamente dal Direttore del dipartimento sulla base dei programmi avviati precedentemente.

Gli esperti Agenas a seguito della valutazione del documento predisposto dal Dipartimento Tutela della Salute della Regione, hanno affiancato il Gruppo di Lavoro regionale nella risoluzione delle criticità emerse. La Regione ha approvato il programma progetto "Riordino, riorganizzazione e reingegnerizzazione della Rete Urgenza/Emergenza della regione Calabria" con DPGR n. 94/2012.

Per quanto riguarda i contenuti relativamente alla parte della rete territoriale dell'Emergenza Urgenza, risultano complessivamente coerenti con l'impostazione e le finalità delle proposte nel DPGR 18/2010. In particolare il documento, seppur con qualche puntualizzazione, il documento ha rispettato:

1. i parametri numerici anche se con correttivi :
 - a. riordino delle PET e mezzi di soccorso. Il riordino delle PET prevede un numero complessivo di 52 MSA a fronte di 50 previste dal DPGR 18/2010. Il numero complessivo può essere ritenuto all'interno di una variabilità accettabile.
 - b. Riordino della Continuità Assistenziale. Il riordino della postazioni di Continuità assistenziale prevede un numero complessivo di 280 postazioni a fronte delle 260 previste dalla proposta Agenas. Il numero complessivo può essere ritenuto all'interno di una variabilità accettabile anche se l'incremento del "numero di postazioni attuali" di Reggio Calabria e la successiva riduzione rispetto all'attuale nella seconda fase, a nostro avviso, non è opportuno.
 - c. Riduzione del numero di basi di elisoccorso da n. 4 a n. 3 nel rispetto della tempistica che sarà prevista dallo studio di fattibilità.
2. La centralizzazione delle chiamate di C.A. (guardia medica).
3. L'introduzione del concetto di transitorietà del PPI (secondo quanto previsto dal DPGR 18/2010) in attesa che il presidio diventi casa della salute e risponda alla sua vocazione di continuità assistenziale, astenendosi tassativamente dall'attività di emergenza urgenza.
4. La puntualizzazione dell'importanza delle reti delle patologie complesse e della coerente organizzazione tra 118 , rete dei DEA e reti specialistiche (cardiologie, trauma ...).
5. La Formazione.

Il Gruppo di lavoro Agenas ha comunque raccomandato di:

- attivare nel più breve tempo possibile il coordinamento dei direttori di dipartimento e di avviare la razionalizzazione della rete ospedaliera dell'emergenza.

- fare in modo che la formalizzazione ed il recepimento da parte della Regione sia accompagnata da una immediata condivisione degli obiettivi da parte delle ASP e di una sua puntuale attuazione.
- raggiungere una maggiore chiarezza nell'utilizzo del numero unico 116117 in un contesto di confusione tra attività di urgenza, di guardia medica, di continuità assistenziale intesa come organizzazione delle cure primarie: se è vero che la centralizzazione delle chiamate di guardia medica può essere allocata presso le centrali di 118 pur nell'ambito di una autonomia organizzativa disciplinata da protocolli, è altrettanto vero che la presa in carico delle cure primarie (116117) e l'erogazione dei servizi presso le case della salute deve essere rigorosamente separata dalla rete e dalle attività delle urgenze al fine di evitare pericolose ambiguità per il cittadino.

Rete territoriale

Con il lavoro di analisi e di valutazione dell'organizzazione territoriale come risulta dagli atti aziendali presentati dalle aziende, di fatto si è dato avvio alla realizzazione della rete territoriale così come definita nel DPGR 18/2010.

Il Gruppo di Lavoro Agenas sta investendo particolare attenzione sullo sviluppo della presa in carico, focalizzandosi sull'organizzazione dei servizi territoriali nel distretto, la cui sfida è acquisire una capacità di governo della domanda sanitaria ed erogare delle cure appropriate e continuative.

In tal senso, sulla base dell'analisi metodologica precedentemente effettuata, il GdL è attualmente al consolidamento delle azioni avviate nell'anno 2011. In particolare:

- supporto e affiancamento delle Aziende Sanitarie per la definizione dei piani attuativi aziendali;
- definizione dei percorsi assistenziali integrati tesi a spostare la logica dalla esecuzione della prestazione alla presa in carico del paziente;
- definizione delle sperimentazioni aziendali sull'ADI basate sulle linee guida regionali predisposte dal Gruppo di Lavoro;
- predisposizione di un piano di ricollocazione delle risorse umane e di una migliore finalizzazione di ruoli e competenze, con particolare rifer-

imento alla componente infermieristica, ai fisioterapisti, agli altri operatori sanitari, nonché alla Medicina convenzionata in tutte le sue componenti; a questo riguardo è in programma la definizione di un coerente piano di formazione e di aggiornamento;

- predisposizione di un piano di riconversione degli immobili e, in maniera mirata, delle tecnologie (Piano degli investimenti);
- programmazione di una metodica di budget con fissazione di obiettivi misurabili sia in termini di volumi di attività, risorse, standard di personale dedicato ed anche di qualità assistenziale.

Il processo programmatico, tenendo conto delle criticità che dovranno essere affrontate, individua specifiche azioni mirate. In particolare, relativamente alle tematiche del personale, si sta sviluppando una metodologia che prevede un piano di formazione delle risorse umane in collaborazione con il gruppo di lavoro Agenas, orientato a rafforzare l'identità professionale del personale. Il processo prevede un precoce coinvolgimento nella programmazione delle azioni necessarie, non solo della componente medica ospedaliera ma anche della Medicina Convenzionata e delle organizzazioni del comparto al fine di fronteggiare le resistenze al cambiamento da parte delle Organizzazioni di categoria e sindacali. In tal senso è stata proposta al Dipartimento la centralizzazione a livello regionale della negoziazione di cui sopra, nonché un forte coinvolgimento dei Sindaci nella fase di programmazione (Agenas insieme al Dipartimento ha svolto alcune visite in loco per conoscere meglio le strutture, durante le quali ha incontrato anche i sindaci), cercando di illustrare i vantaggi assistenziali conseguibili con il nuovo modello e condividendo gli obiettivi assistenziali più ampi e di qualità (rete di servizi più vicina al cittadino). A tal fine si prevede di formalizzare dei "patti" con la comunità locale, adottando una Carta dei valori e dei servizi che espliciti le tipologie di intervento garantite, le modalità di accesso, ecc..

E' pertanto necessario promuovere la definizione di una programmazione regionale che valorizzi tutte le risorse esistenti, sia pubbliche sia private, evitando duplicazioni; le azioni di riconversione da ricovero per acuti a residenzialità extraospedaliera ed ADI, supportate da una chiara definizione di standard erogativi e di personale possono consentire contemporaneamente giuste forme di remunerazione dell'investimento privato e prestazioni appropriate e di qualità per i cittadini. A tal

proposito è stata proposta la costituzione di un tavolo tecnico composto dal Dipartimento e dalle associazioni di categoria con il supporto di Agenas.

La gestione del personale e dell'organizzazione

Il flusso di informazione

L'Agenas ha proposto la creazione di un flusso informativo applicativo con la caratteristica di essere coerente con i diversi flussi regionali già esistenti senza aggravare l'onere a carico delle strutture organizzative aziendali preposte in quanto rilevato direttamente dai sistemi paghe delle Aziende regionali. La proposta consiste in una raccolta dei dati sul personale mensile composta da due e, in una fase successiva, da tre tracciati tesi ad approfondire gli aspetti basilari del rapporto del singolo dipendente con l'azienda. In particolare:

- a. il rapporto giuridico (fase 1)
- b. il debito orario e le ore lavorate (fase 2)
- c. i rapporti economici (fase 1)

Il gruppo di lavoro regionale ha effettuato numerosi incontri con le Aziende sanitarie ed i rispettivi fornitori di SW per la definizione del contenuto dei tracciati record e delle tabelle di decodifica con lo scopo di disporre di una codifica regionale uniforme.

La società Almayviva è stata incaricata di realizzare il software contenente le seguenti funzioni:

- l'esportazione dei dati dalla procedura aziendale interessata (gestione paghe);
- verifica dei dati da parte dell'azienda;
- deposito del file presso un portale regionale;
- verifica della qualità dei dati e normalizzazione relativa;
- interfaccia per l'interrogazione, stampa ed estrazione dei dati.

Nel primo semestre 2012 sono state risolte le criticità emerse nella fase di sperimentazione del flusso informativo che di fatto diventa uno strumento per il Dipartimento di monitoraggio e verifica del personale della Regione Calabria.

Il GdL Agenas ha richiesto lo sviluppo di una specifica funzione per l'estrazione dei dati in modo da consentire di replicare in forma tabellare (formato testo “.csv” oppure “.dbf”) i dati totali trasmessi mensilmente e permettere alla Regione e alle persone a suo supporto di analizzare i diversi aspetti di interesse. Nello specifico è stato richiesto un file di ciascun tracciato record, con i campi decodificati, e con la chiave unica per collegare i singoli file.

Per esemplificare:

- un record per ciascun dipendente e mese del tipo A1 “Rapporti giuridici” in quanto la persona è unica;
- zero o più record per ciascun dipendente e mese del tipo A2 “Rapporti giuridici” in quanto una stessa persona può beneficiare di più delibere relative;
- più record per ciascun dipendente e mese del tipo C “Rapporti economici” in quanto ciascun dipendente ha diversi voci dello stipendio.

In funzione dell'analisi che si intende svolgere può essere utile analizzare un singolo tracciato oppure collegare più tracciati; i campi dovranno pertanto contenere sia il codice sia la descrizione relativa.

Organizzazione

Durante il primo semestre 2011 è stato offerto un supporto al piano di rientro della Regione Calabria continuando il lavoro di analisi e definizione dei nuovi assetti organizzativi delle aziende sanitarie calabresi alla luce degli obiettivi del Piano di Rientro attraverso la redazione di linee guida regionali per gli atti aziendali.

Nel secondo semestre 2011 è stato formalmente costituito il Gruppo di Lavoro regionale per la valutazione degli atti aziendali ai fini dell'approvazione e l'adozione con l'affiancamento ed il supporto dell'Agenas.

L'azione di valutazione ha subito un rallentamento dovuto alla rappresentazione da parte del Ministero della Salute di alcune criticità rispetto alle Linee guida. In tal senso la Regione, in riscontro al parere del Ministero, ha inviato un documento atto in premessa a fornire i chiarimenti richiesti, nonché ad apportare alcune integrazioni e modifiche. In particolare, chiarisce che i principi e i contenuti delle Linee

guida per gli atti aziendali emanate con DPGR 54/2011 e DPGR 65/2011 sulla base e in linea con la vigente normativa in materia e con la finalità di "garantire un profilo omogeneo alla struttura e al funzionamento delle aziende sanitarie, nel rispetto delle funzioni proprie alle loro diverse forme, tenendo conto delle peculiarità locali e salvaguardando l'espressione dell'autonomia su cui si basa la responsabilità di ciascuna azienda", hanno:

- carattere stringente e conforme, nei casi in cui si è inteso garantire un profilo omogeneo alla struttura e al funzionamento delle aziende sanitarie;
- alcuni contenuti diversificati, nel rispetto delle funzioni proprie alle diverse forme delle aziende sanitarie, tenuto conto delle peculiarità locali;
- natura di indirizzo, nei casi in cui si è inteso salvaguardare l'espressione de l'autonomia su cui si basa la responsabilità di ciascuna azienda.

Particolare attenzione è stata posta affinché le linee guida fossero propedeutiche e strumentali al raggiungimento degli obiettivi del Piano di Rientro e coerenti e complementari con le azioni di riorganizzazione fin qui intraprese, prima fra tutte la riorganizzazione della rete ospedaliera, territoriale e di emergenza-urgenza definita con DPGR 18/2010.

Con DPGR n. 137/2012 la Regione ha ridotto il numero di strutture semplici che le linee guida per gli atti aziendali fissano nel numero massimo di 900 a fronte del numero di 650 circa previste per la Calabria nel documento del sottogruppo di lavoro per la fissazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. art. 12, comma 1, letto b), Patto per la Salute 2010-2012. Il gruppo di lavoro dell'Agenas è attualmente impegnato nella valutazione degli atti aziendali trasmessi alla Regione con le modifiche richieste dalla Regione.

Personale

Il piano di rientro prevedeva un blocco del turnover variabile nel triennio ma mai totale. Per il personale sanitario il blocco del turnover era del 80% per l'intero trien-

nio, mentre per gli altri profili (amministrativo, tecnico e professionale) si passava da un blocco del turnover del 100% nel 2010, al 50% nel 2012.

Il blocco del turnover avrebbe portato ad una riduzione nel triennio di circa 1.655 unità, con una fuoruscita media, senza reintegro, di circa 550 unità all'anno.

Dalla data del commissariamento il blocco del turnover è invece stato determinato nella quota del 100% comportando il blocco delle assunzioni.

Per quanto riguarda la definizione della consistenza di personale, permangono alcune criticità derivanti in particolar modo dalla inattendibilità/incompletezza dei dati informativi rispetto alla consistenza del personale di ogni singola azienda sanitaria e quindi del SSR.

Per far fronte a queste criticità, anche in vista della definizione degli standard di fabbisogno di personale medico ed infermieristico, è stato creato un gruppo di lavoro con l'obiettivo di effettuare:

- una ricognizione delle criticità relative alla capacità informativa dei flussi regionali attraverso un'analisi degli stessi ed una verifica presso un campione di aziende al fine di individuare possibili azioni di miglioramento;
- la mappatura del personale in termini di unità e consistenza utile ad impostare una pianificazione delle risorse e la gestione delle operazioni di trasformazione delle strutture sanitarie;
- L'avvio di azioni volte alla corretta contabilizzazione e valorizzazione del costo e individuazione di possibili azioni per un suo contenimento.

Nel semestre in esame L'Agenas è stata particolarmente impegnata nella sperimentazione del metodo individuato per la definizione degli standard di fabbisogno di personale medico ed assistenziale.

Di seguito si riporta una sintesi con le premesse ed il percorso metodologico individuato, attualmente in fase di sperimentazione nella Regione Calabria.

Definizione degli standard di fabbisogno di personale medico ed assistenziale.

Introduzione

Con il D.P.G.R. 18/2010 con il quale la regione la Regione Calabria ha posto le basi per una razionalizzazione del sistema sanitario regionale individuando, per ciascuna delle reti interessate (emergenza, ospedaliera e territoriale), alcuni parametri di dimensionamento e di articolazione da riprendere nell'attuazione operativa a livello aziendale includendo sia erogatori pubblici che privati.

Con il D.P.G.R. 54 del 5 luglio 2011 "Linee guida per gli atti aziendali" con il quale la Regione ha specificato le regole per l'articolazione delle strutture organizzative necessarie alla riorganizzazione delle aziende sanitarie regionali. Le linee guida forniscono regole per strutturare gli assetti organizzativi aziendali ma non quantificano le risorse umane da impiegare nella produzione delle aziende stesse.

L' art. 5 del Decreto legislativo n.80/1998 ha sottratto le pubbliche amministrazioni dall'obbligo della verifica dei "carichi di lavoro" introdotto dal D.Lgs 29/1993, riportando alla loro ampia discrezionalità la definizione della dotazione organica alle restrizioni economiche finanziarie e agli effettivi fabbisogni di personale.

Nella pratica, però, si evidenzia spesso la necessità di fornire metodi e parametri per il dimensionamento del personale come supporto alla Direzione delle Aziende sanitarie. Questi contributi direzionali alle aziende non sono normalmente visti come una norma da rispettare in tutte le circostanze, ma piuttosto come metodo di ragionamento sulla base di premesse dichiarate in grado di fornire un valore atteso da utilizzare come confronto rispetto alla situazione attuale e nel disegno dei cambiamenti organizzativi. Questa situazione è particolarmente presente nel caso di blocco del turnover di personale che richiede sistematicamente delle riorganizzazioni per fare fronte alle necessità assistenziali con il personale a disposizione.

La necessità di parametri per stabilire il fabbisogno di personale è rilevante per tutte le tre reti assistenziali regionali. In presenza di una consistente riorganizzazione della rete ospedaliera si ritiene opportuno di dare priorità a quest'area.

Le premesse metodologiche

Il collegamento con i criteri di accreditamento

La Regione ha ridefinito la materia, con la Legge regionale 18 luglio 2008, n. 24, che disciplina il sistema delle autorizzazioni, dell'accREDITamento e degli accordi contrattuali.

La Regione ha ultimato l'iter di approvazione e pubblicazione dei manuali di autorizzazione e di accREDITamento previsti dalla legge regionale n. 24/08.

L'allegato 3 della LR 24/2008 contiene lo "Schema di riferimento per la dotazione di personale minimo per le attività ospedaliere e le case di cura". Il presente documento metodologico ha invece l'obiettivo di stabilire i valori massimi di dotazione di personale dei presidi pubblici. Di conseguenza è possibile per le aziende sanitarie oscillare tra un valore minimo, quello precisato per l'accREDITamento, e un valore massimo indicato nel presente documento.

Lo schema n° 1 dell'allegato 3 contiene una classifica delle singole specialità rispetto al fabbisogno di assistenza che è leggermente diversa da quelle di altre regioni. Si è, però, deciso per il presente lavoro, di fare riferimento alla classifica regionale per il fabbisogno del personale di assistenza (infermieri e OSS). Lo standard di riferimento del personale medico segue una logica diversa con l'individuazione di uno "best practice" regionale per ciascuna specialità. In questo caso sarà utilizzato lo standard di personale del documento di accREDITamento come un livello minimo da non oltrepassare ma senza utilizzare la classificazione di assistenza.

Con DPGR n. del 5 gennaio 2011 la Regione ha provveduto ad accREDITare definitivamente le strutture private sanitarie e sociosanitarie all'attuazione della legge 296/2006- Finanziaria 2007, art. 1, comma 796, lettera t) "... le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2010 cessino gli accREDITamenti provvisori delle strutture private, di cui all'art. 8-quater, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli accREDITamenti definitivi di cui all'art 8, comma 1 del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992 ...".

II DPGR 18/2010

Nella figura 20 della DPGR sono indicati i valori minimi di posti letto per un modulo di degenza. L'organizzazione ospedaliera risulta, sempre di più, organizzata con unità di degenza dipartimentali in cui più specialità condividono l'organizzazione dell'assistenza in modo da poter garantirne 24H su 365GG/anno a dei costi sostenibili. Nel presente documento si parte da un numero di posti letto per unità di degenza dipartimentale di 30PL. Ove nella figura 20 del DPGR 18/2010 sono indicati valori di posti letto inferiori, si prevede che siano organizzati, per quanto riguarda l'assistenza, a livello dipartimentale. In altre regioni questo valore può essere di 32PL o più, ma si ritiene in questa fase di adeguarsi alla LR 24/2008 che contiene moduli di 30 PL e 15 PL ecc... In alcune strutture ospedaliere non è possibile un'organizzazione con uno spazio fisico così vasto per una singola organizzazione. In ogni caso si prevede che l'unità di degenza dipartimentale non sia mai sotto 20PL. L'organizzazione dell'assistenza non è lineare quando si incrementa o diminuisce il numero di posti letti di un reparto. La necessità di garantire un'assistenza continua porta a incrementare l'assistenza per posto letto per i piccoli reparti. Nel presente documento è stato scelto di fornire, come valore di riferimento per l'assistenza, quello riferito a 30 PL. Eventuali valori inferiori dovranno essere valutati di volta in volta.

Il DPGR 18/2010 definisce le tipologie di presidi che dovranno costituire la rete ospedaliera della Regione Calabria per le acuzie:

- n. 3 AO con DEA di secondo livello, uno per ciascuna area geografica (Nord, Centro e Sud)
- n. 10 ospedali di base con DEA di primo livello: 5 al Nord, 3 al Centro e 2 al Sud
- n. 4 ospedali generali sede di pronto soccorso: 2 al Centro e 2 al Sud
- n. 4 ospedali di zona montana: 2 al Nord e 2 al Centro
- n.2 presidi pubblici senza un ruolo specifico nella rete di emergenza (Azienda ospedaliera universitaria e INRCA) e ci sono le case di cura private.

L'ospedale con DEA di primo livello risulta l'ospedale tipo della regione. Esso dovrà avere un bacino di utenza di 150.000 – 300.000 assistiti e disporrà delle discipline

più diffuse con una dimensione di circa 300-350 posti letto. Inoltre sarà un riferimento per gli ospedali periferici essendo la sede delle Strutture Complesse di riferimento di questi ultimi. Il buon funzionamento di questi presidi ospedalieri di base permetterà, alla fine, alle Aziende ospedaliere, sede di DEA di secondo livello, di non essere sovraccaricate. L'ospedale di base sarà il riferimento per 2-3 Distretti di circa 80.000 - 100.000 assistiti ciascuno con cui condivide i percorsi clinici.

Limitazioni

Allo stato mancano riferimenti per il personale dei servizi diagnostici dell'ospedale (laboratorio, radiologia, anatomia patologica ecc.), delle altre professioni sanitarie (fisioterapisti, ostetriche etc.), del personale del servizio di dialisi e per il personale dei servizi di supporto (direzione sanitaria, farmacia ospedaliera ecc.). Per il servizio di dialisi sono state pubblicate linee guida organizzative che possono essere analizzate ed integrate nel presente documento.

Il progetto regionale ed aziendale di applicazione del metodo

Gli standard di fabbisogno di figura professionale costituiscono, come già indicato sopra, un obiettivo da raggiungere. La situazione attuale può essere molto vicina a questi valori oppure sensibilmente diversa. E' importante tenere presente che i presidi ospedalieri oggi presenti non sono sempre organizzati nel modo evidenziato sopra. Inoltre è necessario evidenziare che oggi esistono 36 presidi pubblici che saranno ridotti sensibilmente di numero e che essi oggi non sono organizzati in rete come indicato dalla DPGR 18/2010. E' quindi possibile che alcune indicazioni risultino eccessive rispetto ad oggi in quanto il numero di reparti e il numero di ospedali è sovrabbondante.

E' vitale che il progetto di cambiamento sia realistico e che tenga conto delle varie situazioni locali in modo da garantire sempre il servizio al cittadino e permettere al personale sanitario un percorso rigoroso verso l'obiettivo da raggiungere ma flessibile nelle forme secondo le condizioni specifiche.

A livello regionale è in fase di attuazione il seguente percorso:

- Condivisione degli standard con alcune figure professionali di riferimento regionale e eventuale successivo confronto con i sindacati.

- Condivisione del metodo con i direttori generali e sanitari delle aziende sanitarie
- Raccolta dei dati necessari per applicare lo standard.
- Condivisione dei risultati con i direttori generali e sanitari delle aziende sanitarie con la successiva stesura di un progetto di applicazione per ciascuna azienda con tempi e modalità che possono variare tra i singoli presidi.
- Monitoraggio dei progetti aziendali di applicazione da parte del referente regionale.
- Alcuni momenti di confronto con le aziende per approfondire aspetti metodologici comuni.

Bench-mark per figura professionale

Le figure professionali contemplate sono il personale medico, infermieristico e di supporto (personale ausiliario riqualificato in operatore socio-sanitarie, OSS). Nel testo seguente si affronta prioritariamente il personale medico e successivamente le altre figure professionali, in quanto i parametri per lo standard sono diversi.



Medici

Il personale medico può essere dimensionato sulla base di due criteri:

- la necessità di una disponibilità durante le 24 ore indipendentemente dal numero di prestazioni erogate è legata al pronto soccorso, alle guardie attive ed, in parte, alla reperibilità; questa disponibilità è legata al ruolo assegnato all'ospedale dalla programmazione regionale;
- L'assistenza erogata in funzione dei pazienti da curare nelle varie forme di RO, DH e prestazioni ambulatoriali.

L'impegno per il pronto soccorso

L'impegno per questo tipo di servizio dipende dal tipo di pronto soccorso e dal numero di accessi annui rilevato dal flusso ministeriale NSI-EMUR. Inoltre è

necessario tenere conto del tipo di personale impiegato; se il pronto soccorso è retto da un medico con la specialità in “Medicina e chirurgia di accettazione e emergenza” oppure se utilizza, in modo più tradizionale, un equipe di medici di medicina interna, chirurghi e anestesisti afferenti ai rispettivi reparti di degenza.

L'impegno per le guardie attive

Le guardie sono attive per le specialità che per le loro specificità debbono prevedere un medico sempre presente nel presidio ospedaliero nelle 24 ore per 365 giorni all'anno.

Il fabbisogno di medici per erogare le prestazioni

Il primo problema concettuale è come creare criteri a cui attenersi per misurare le prestazioni

Per i ricoveri ordinari delle acuzie si propone l'utilizzo del peso del DRG come strumento per bilanciare ricoveri con un fabbisogno maggiore rispetto a quelli con una minore necessità di assistenza medica. Il peso prende in considerazione il diverso fabbisogno di tempo tra i singoli tipi di pazienti in sala operatoria, in reparto, per attività diagnostica e cura e per le attività di preparazione del paziente per la dimissione.

Per i ricoveri ordinari delle post-acuzie si propone l'utilizzo di un peso creato attraverso il coefficiente valore/peso della regione applicato sul valore dei ricoveri. In questo modo si prendono in considerazione sia il numero di giornate erogate sia l'impegno diverso tra i vari livelli di riabilitazione.

Per i day hospital esiste una notevole differenza tra quelli chirurgici e medici. I primi impegnano tipicamente per :un accesso di pre ricovero, un accesso per l'intervento e qualche accesso di follow-up. In questo caso si propone l'utilizzo del valore del ricovero riportato a peso attraverso un coefficiente valore / peso della regione. I DH medici possono riguardare sia un unico accesso sia una serie di accessi nel caso, per esempio, di cicli di terapia. Anche in questo caso si propone il valore del ricovero riportato a peso attraverso il coefficiente valore/peso della regione.

Le prestazioni ambulatoriali possono impegnare il medico in modo notevole in alcuni casi e in modo minore in altri. Il sistema tariffario tende a sottovalutare l'impegno medico nell'erogare la prestazione. In alcuni ambulatori non esiste, inoltre, un'organizzazione efficiente del lavoro. Si propone, in ogni caso, di sommare il valore delle prestazioni erogate e riportare il valore a pesi utilizzando il coefficiente valore / peso.

Alla fine si ottiene, per la singola specialità e per singolo presidio, un numero di pesi prodotti in un anno.

La metodologia prevede un confronto all'interno della regione tra tutti gli erogatori della stessa specialità. Il raffronto viene effettuato confrontando un indicatore calcolato come il numero di pesi prodotti diviso per il numero di medici delle singole realtà riparametrato a tempo pieno. Ordinando le strutture per questo indicatore dalla struttura più performante a quella meno performante è possibile identificare una popolazione bench-mark composta dalla metà più efficiente dei reparti. Si utilizza il valore medio di questa popolazione come valore di riferimento.

Il pregio di costruire un bench-mark utilizzando le strutture della stessa regione è che è un obiettivo realizzabile all'interno delle stesse regole e condizionamenti. E' possibile, però, che l'obiettivo risultante non sia abbastanza virtuoso. In tal caso è possibile raccogliere i dati di alcune strutture italiane efficienti ed efficaci e utilizzare la media di questo valore come obiettivo da raggiungere.

Personale infermieristico e di supporto

Per il personale infermieristico e di supporto (OTA/OSS) bisogna condurre l'analisi in relazione alla tipologia di posto di lavoro. Sono stati individuati i parametri per i seguenti posti di lavoro:

il reparto, l'ambulatorio, la sala operatoria e il pronto soccorso. In alcuni presidi possono esserci delle attività aggiuntive quali endoscopia digestiva, reperibilità varie come espianti etc. da prendere in considerazione a seguito di un'attenta analisi dei volumi. I parametri sono calcolati sui dati dei singoli reparti ma è necessario superare il mero concetto dei minuti di assistenza a favore del concetto della graduazione per intensità di cure. E', di conseguenza, necessario applicare i risul-

tati anche per l'intero presidio per permettere un'organizzazione interna flessibile in funzione della situazione effettiva del presidio stesso gestita dalla dirigenza infermieristica.

Il reparto di ricovero

Il fabbisogno di personale infermieristico e di OSS è legato all'assistenza richiesta e quindi al numero di giornate di presenza dei pazienti ricoverati e del gruppo di fabbisogno di ciascuno di esso.

Si individuano diversi gruppi di fabbisogno di assistenza:

- Reparti di assistenza di base di medicina
- Reparti di assistenza di base di chirurgia
- Reparti di assistenza di ostetricia e ginecologia
- Reparti di assistenza media di medicina
- Reparti di assistenza media di chirurgia
- Reparti di elevata assistenza di chirurgia
- Reparti di assistenza intensiva
- Reparti di psichiatria (SPDC)
- Reparti di riabilitazione
- Reparti di lungodegenza postacuzie
- L'ambulatorio specialistico
- La sala operatoria (incl. Emodinamica e Sala parto)
- Il pronto soccorso
- L'osservazione temporanea in Pronto soccorso

Il piano di lavoro

Il piano di lavoro prevede un periodo di sperimentazione del metodo su alcuni presidi e, successivamente, l'applicazione su tutti i presidi della Regione Calabria.

A. Sperimentazione del metodo su alcuni presidi

- Ciascun presidio:
 - identificazione di tutti le Unità assistenziali e le Unità operative del presidio.
 - classificazione delle Unità assistenziali secondo i tipi identificati precedentemente
 - documentazione impegno per guardie attive / pronto soccorso.
 - calcolo del personale equivalente (tempo pieno)
 - attribuzione del personale del presidio alle Unità assistenziali (metodo B) e alle Unità operative.
 - attribuzione dei ricoveri (ricoveri standard per i medici, giornate per infermieri), delle prestazioni ambulatoriali e delle consulenze interne alle Unità operative ed alle Unità assistenziali includendo i trasferimenti interni (SDO e C).
- Centralmente: Calcolo / Verifica di standard e del metodo
- Tutti: discussione risultati.

B. Applicazione del metodo su tutti i presidi della Regione

Coordinamento del progetto da parte della struttura commissariale.

Centralmente:

- dal flusso SDO si produce un file per presidio ospedaliero con i dati per specialità;
- numero di ricoveri appropriati normalizzati per specialità;
- numero di giornate incl. trasferimenti per singolo codice di reparto (xxyy).

Il presidio:

- definizione delle Unità operative del presidio;
- documentazione impegno per guardie attive / pronto soccorso;
- calcolo del personale equivalente (tempo pieno);
- attribuzione alle Unità operative;

- attribuzione dei ricoveri appropriati (ricoveri standard per i medici, giornate per infermieri) e delle prestazioni ambulatoriali alle Unità operative includendo i trasferimenti interni (flusso SDO e C).
- Documentazione impegno per guardie attive / pronto soccorso.
- Calcolo dei numero di personale risultante

Centralmente:

- si utilizzano i dati dei presidi per calcolare i dati di standard per i vari tipi di personale

Centralmente:

si determinano i valori della regione

170



Tariffe

Durante il periodo considerato è stato svolto un lavoro propedeutico sul sistema tariffario dei diversi livelli assistenziali:

l'analisi delle criticità presenti nei diversi settori, ed in particolare in quello della specialistica ambulatoriale al fine di costituire un gruppo tecnico di elaborazione delle tariffe;

la stesura di una nota metodologica per la verifica delle condizioni di trasferibilità di parte della casistica trattata in regime di ricovero ordinario o di day hospital verso l'assistenza in regime ambulatoriale;

la definizione del documento di programmazione per l'elaborazione del nuovo tariffario regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Alla fine del periodo preso in esame è stato concordato un piano di lavoro relativo alla ridefinizione, secondo il metodo analitico del DM 15/4/1994, delle tariffe ambulatoriali dei laboratori.

In particolare, attenendosi al dettato normativo, è stato costituito un "gruppo di lavoro ristretto", costituito da consulenti Agenas e da alcuni esperti della Regione Calabria:

Questo gruppo ha raccolto ed esaminato i dati produttivi dei laboratori analisi della Regione Calabria ed ha realizzato un modello per la determinazione dei costi degli esami di laboratorio, che definisce il costo standard dei singoli esami sulla base:

- dei costi rilevati presso un campione di soggetti erogatori, pubblici e privati;
- delle componenti di costo indicate (costo del personale direttamente impiegato, costo dei materiali consumati, costo delle apparecchiature utilizzate, manutenzione, ammortamento, costi generali).

I risultati di queste analisi saranno poi sottoposti a un “gruppo tecnico allargato”, costituito, oltre che dai componenti del “gruppo ristretto” da rappresentanti della sanità pubblica e privata della Regione Calabria, esperti nella conduzione di laboratori di analisi cliniche.

Quanto emergerà da questi due livelli di analisi e discussione costituirà la base per la definizione del tariffario regionale dei test di laboratorio analisi.

Inoltre, relativamente all'obiettivo della Regione teso al miglioramento del monitoraggio dei costi dei singoli livelli assistenziali, si è utilizzato l'apposito flusso informativo del NSIS denominato modello LA, ottenuto mediante la riclassificazione dei costi rilevati dalla contabilità generale.

In tal senso, Agenas ha predisposto un apposito strumento, costituito da un sistema di tabelle intermedie di passaggio dal conto economico consuntivo al modello LA. Il progetto è stato sviluppato per l'utilizzo in diversi contesti regionali e adattato alle specifiche esigenze della Regione.

Per una breve descrizione del progetto si rinvia alla relazione relativa alla Regione Basilicata.

Il progetto è stato presentato alle aziende sanitarie calabresi in un incontro seminario, tenutosi a Catanzaro nel novembre 2011 ed è stato sviluppato sperimentalmente in tre aziende sanitarie.

Atteso che nella Regione Calabria un gruppo di lavoro composto da funzionari regionali e delle aziende sanitarie ha elaborato una proposta per l'avvio della contabilità analitica, il programma di lavoro per tale regione prevede anche la defini-

zione del piano dei centri di costo regionale, in coerenza con il fabbisogno informativo per costruire il modello LA.

Fascicolo Sanitario Elettronico

Con il DPGR n. 13 del 14 Marzo 2012 è stata istituita in Calabria una task force per la creazione di un Sistema Integrato di Sanità Elettronica.

Con DPGR n. 139 del 19 Luglio 2012 la Regione recepisce le Linee Guida Nazionali sul Fascicolo Sanitario Elettronico approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 17 febbraio 2011” e demanda ai Direttori Generali e Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere il potenziamento, con propri fondi, dei collegamenti in rete interaziendali e la dotazione hardware dei propri operatori sanitari al fine di consentire un utilizzo uniforme su tutto il territorio del Fascicolo Sanitario Elettronico già realizzato dalla Regione Calabria.

Il gruppo di esperti AGENAS sta affiancando la Regione nel percorso di programmazione e implementazione del FSE con l'obiettivo di creare uno strumento integrato con il nuovo assetto organizzativo della rete assistenziale calabrese.

Sono in fase di elaborazione Linee di indirizzo operativo sull'avvio del Fascicolo Sanitario contenenti i diversi scenari di sviluppo del FSE con i relativi impatti organizzativi ed economici. In particolare, l'attivazione del Fascicolo può avvenire secondo tre modalità complementari, di costo diverso ma anche di impatto diverso sul sistema sanitario. Nel documento AGENAS vengono delineate, in via preliminare, le attività necessarie per un avvio progressivo dell'infrastruttura di base del Fascicolo e dei servizi ad essa collegati, secondo le tre modalità.

Tali attività sono organizzate in diversi ambiti, di tipo organizzativo, clinico, regolamentare, formativo, economico e tecnologico. Viene quindi proposta la formazione dei corrispondenti Sottogruppi Tematici per approfondire le problematiche specifiche di ogni ambito, unitamente ad una Cabina di Regia regionale e un sottogruppo di Coordinamento e Monitoraggio.

Vengono inoltre riportati alcuni approfondimenti, sulla normativa, sulle tipologie di documenti, sul consenso e la privacy, sulla prescrizione elettronica.

Il documento sarà discusso con il GdL ristretto regionale al fine di concordare e definire il percorso per l'articolazione del Sistema Integrato di Sanità Elettronica della Regione Calabria.

Regione Campania

Nel periodo in esame, Agenas ha continuato a supportare sia l'azione dei due Sub Commissari al piano di rientro, fino al 23 marzo 2012 sia, successivamente, del solo Sub Commissario rimasto con delega piena.

L'attività è stata condotta in modo sistemico con l'insieme agli operatori della struttura commissariale e delle Aree generali di coordinamento 19 e 20 (che afferiscono all'Assessorato alla Sanità). E' stato dato nuovo seguito al lavoro già iniziato a partire dalla nomina del primo Sub Commissario nell'ottobre del 2009 volto a raggiungere gli obiettivi prioritari definiti dal Consiglio dei Ministri e anche dagli ulteriori e successivi adempimenti disposti dal Tavolo tecnico e Comitato permanente per la Regione Campania.

Una prima valutazione aggiornata sui principali obiettivi definiti e sui risultati conseguiti nel primo semestre del 2012, nel complesso degli ultimi tre anni, possono così elencarsi:

- consistente riduzione del livello di disavanzo;
- completamento delle attività programmatiche relative al riassetto della rete ospedaliera e territoriale;
- rideterminazione e corretta imputazione dei fondi integrativi del personale;
- emanazione di documenti di indirizzo relativi all'area Emergenza-Urgenza;
- stipula dei protocolli di intesa con le università degli studi;
- quanto alla sanità veterinaria, la Regione ha intrapreso un percorso di risoluzione strutturale (nuovo Piano dei Controlli ufficiali e del Piano OGM, misure straordinarie per il controllo della malattia vescicolare del suino);

- avvio del percorso di accreditamento definitivo per le strutture di ricovero e ambulatoriali;
- nomina dei direttori generali di tutte le AASS;
- avvio del piano dei pagamenti del debito sanitario con stipula degli accordi con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative e con i fornitori che ne hanno fatto richiesta;
- superamento degli adempimenti LEA per l'anno 2007 e 2008;

Nell'immediato la Regione ha in conto necessariamente di svolgere nuove azioni specifiche per risolvere alcune criticità riconosciute e segnalate anche dal Tavolo e Comitato relativamente a:

- criticità sul sistema di Tessera Sanitaria;
- presenza di un'ingente quantità di carte contabili da regolarizzare nella ASL Napoli 1 che compromettono il regolare avanzamento del Piano dei pagamenti.
- completamento della fase implementativa della Reti assistenziali così come programmate e perfezionamento della Rete ospedaliera al fine di poter migliorare ed equilibrare l'offerta sia in termini di posti letto che in termini di riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- gestione del contenzioso in capo alle Aziende Sanitarie, dovuto per la maggior parte al ritardato pagamento ai fornitori;
- tensione di cassa che il SSR registra anche a causa dei mancati trasferimenti da parte dello Stato e dalla Regione stessa;
- ritardo nel percorso di accreditamento definitivo per le strutture di ricovero e ambulatoriali;
- ritardo nel rispondere correttamente e tempestivamente agli adempimenti LEA 2009 e 2010 frutto anche di una garanzia degli stessi da migliorare;
- presenza di flussi informativi (economico-produttivi) non ancora rispondenti a requisiti di completezza, qualità e puntualità tali da non permettere valutazioni precise e tempestive a supporto delle decisioni di governo del SSR.

Al termine dell'incontro del 30 marzo 2012 Tavolo e Comitato avevano erogato alla regione una quota delle restanti spettanze a tutto l'anno 2011, pari a 867 mln di euro, per un importo complessivo di 300 mln di euro per non compromettere l'andamento del piano dei pagamenti verso i fornitori già in atto.

Tavolo e Comitato ribadivano che l'erogazione della restante parte sarebbe avvenuta successivamente all'invio e alla positiva valutazione dei provvedimenti finalizzati a superare le criticità rilevate e individuate come obiettivi di lavoro e relative a:

- prosecuzione del processo di pagamento in atto anche al fine di sbloccare le somme pignorate;
- attuazione di un intervento urgente mirato a risolvere la situazione particolarmente grave della ASL Napoli 1 per la gran quantità di partite contabili da regolarizzare al fine di favorire il regolare avanzamento del piano dei pagamenti e di non comprometterne l'esito;
- celere trasferimento da parte della regione al SSR dei fondi destinati alla sanità ed erogati dallo Stato;
- superamento delle criticità relative alla conclusione del processo di accreditamento definitivo;
- superamento di tutte le criticità in ordine alla corretta ristrutturazione della rete ospedaliera e territoriale;
- superamento delle criticità relative ai decreti Villa Russo - Villa Alba;
- superamento delle criticità ancora in essere sulla tematica del personale;
- superamento delle criticità ancora in essere sulla tematica tessera sanitaria;
- superamento delle criticità relative all'attività di SORESA in quanto centrale acquisti;
- superamento delle criticità relative alle leggi regionali impugnate dal Governo;
- superamento del ritardo in merito all'invio della documentazione concernente l'adempimento b) beni e servizi.

Programma Operativo

Molte delle scadenze previste nel Programma operativo per gli adempimenti stabiliti sono state oltrepassate senza il compimento di quanto determinato nei vari punti. Di qui la necessità di sviluppare un'azione di direzione centralizzata per sollecitare i vari dirigenti e referenti operativi responsabili alle esecuzioni: si sono definiti nuovi tempi e processi. Il 20 marzo e successivamente il 9 maggio 2012 la Regione aveva elaborato e inviato nuovi schemi di Programma Operativo 2012 con i quali aveva inteso adeguare le precedenti disposizioni previste dai PO 2011-2012.

Stato patrimoniale

176



Tavolo e Comitato, pur prendendo atto del copioso lavoro svolto nell'analisi delle singole componenti del patrimonio del settore sanitario, non possono non sottolineare ancora una volta la rilevante e persistente criticità rappresentata dalla ASL Napoli 1 in termini di mancata contabilizzazione degli accadimenti aziendali. L'advisor ha dichiarato di avere "difficoltà" di accesso alle informazioni contabili dell'azienda Napoli 1 che ne preclude ogni possibilità di verifica sulla corretta rappresentazione contabile degli accadimenti stessi. La Struttura commissariale ha confermato la difficoltà di accesso rappresentata dall'advisor, non superata neanche dopo ripetuti inviti, solleciti e diffide nei confronti dell'azienda. La Struttura commissariale necessita di intervenire con urgenza sulla problematica dell'azienda Napoli 1 che rappresenta una rilevante criticità che rischia di compromettere lo sforzo di risanamento del settore sanitario compiuto e in divenire da parte della regione, anche alla luce del fatto che le carte contabili non lavorate potrebbero comportare un rischio fino a 800-1.000 mln di euro.

Rete ospedaliera-territoriale

Tavolo e Comitato nella riunione del 30 marzo, relativamente alle reti assistenziali (ospedaliera, territoriale, emergenza), prendevano atto del completamento delle attività programmatiche e restavano in attesa della completa attuazione degli interventi e del conseguente avvio delle attività di assistenza territoriale nelle strutture riconvertite. La Regione non ha ancora completato il processo di riconversione dei piccoli ospedali per alcune aree di intervento quali la dotazione di posti letto in

Hospice, RSA, Ospedali di comunità. Risultano inoltre non attivati i percorsi protetti per la maternità e, rispetto alla dismissione dei presidi ospedalieri, la Regione non è ancora in linea con quanto da se stessa programmato. In particolare, la Regione dichiara di voler completare, entro il 31 dicembre, le riconversioni delle strutture ospedaliere in SPS (Strutture Polifunzionali per la Salute), entro ottobre 2012, è previsto un documento di programmazione anche economica, per l'attivazione nel triennio 2012-2014 dei posti letto residenziali e semiresidenziali in RSA, strutture psichiatriche, comunità ed hospice.

Cure domiciliari

Relativamente alle cure domiciliari da parte della Regione emerge la necessità di avviare urgentemente la riqualificazione dell'ADI e delle Cure Palliative Domiciliari visto che l'obiettivo prefissato dal P.O 2011-2012 relativo al potenziamento dell'assistenza domiciliare, non risulta raggiunto.

Salute mentale

Sul tema della salute mentale, particolarmente grave appare la situazione delle Case di Cura neuropsichiatriche, ancora oggi codificate come erogatori di prestazioni ospedaliere per acuti, per la riconversione delle quali, dovrà essere fornita una tempistica ed entro settembre 2012 una ricognizione che rilevi l'effettiva domanda.

Rete dell'emergenza-urgenza

La regione, così come previsto nel PO 2012 ha trasmesso, anche grazie un particolare contributo dei tecnici di Agenas, un Decreto con il quale sono stati approvati documenti di indirizzo, relativi all'area dell'emergenza urgenza territoriale e ad alcuni aspetti pertinenti all'emergenza ospedaliera: linee di indirizzo regionali per la Pianificazione Attuativa Aziendale per l'Emergenza-Urgenza (PAA-EMUR); schema dell'atto di intesa interaziendale per la costituzione dei Dipartimenti Integrati dell'Emergenza (DIE) e l'attuazione del Coordinamento Regionale del Sistema Integrato dell' Emergenza; linee di indirizzo regionali per l'organizzazione delle OBI (Osservazione Breve Intensiva); linee di indirizzo regionali per l'organizzazione del Triage ospedaliero.

Farmaceutica

La regione ha trasmesso il decreto n. 56 del 07.06.2012 ad oggetto “Spesa farmaceutica regionale: Aggiornamento Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR)”, con cui si rende obbligatorio per tutte le strutture ospedaliere e territoriali della regione, il PTOR, nel quadro delle azioni di governo di contenimento della spesa farmaceutica.

Corrette procedure contabili e gestionali.

Nel primo semestre del 2012 non era ancora giunta nessuna risposta al documento programmatico: “Interventi ai sensi dell’ art. 79 comma 1 sexies della L. 133/08 e dell’art. 2 comma 70 della L. 191/2009”. Nel frattempo si è disposto che l’esecuzione delle corrette procedure ex decr.14/2009 siano da mettere in stretto collegamento con la verifica trimestrale del terzo e quarto trimestre. Al fine di rendere quanto più omogenea possibile e comparabile la rilevazione della spesa tra le varie aziende interessate è stato predisposto uno schema riepilogativo. Tavolo e Comitato hanno positivamente preso atto delle iniziative intraprese sull’attuazione del decreto legislativo 118/2011.

Problematiche sul Personale e Commissione Fondi.

Si sono fornite linee di indirizzo generali relative a specifiche problematiche per le quali necessita fornire forti delucidazioni. Tavolo e Comitato sulla base della documentazione inviata, valutano che persistono criticità e restano in attesa degli ulteriori chiarimenti ed azioni conseguenti da parte della Struttura commissariale. Inoltre chiedono di rendere coerente la disciplina relativa al personale sia con le azioni previste dal Piano di Rientro, ferme restando le osservazioni da parte dei Ministeri affiancanti, che con la legislazione vigente.

Accreditamento

Di fronte alle forti perplessità del Tavolo e comitato sui tempi che effettivamente si renderanno necessari per addivenire all’attribuzione dell’accreditamento istituzionale alle diverse strutture private provvisoriamente accreditate è stato definito un crono programma e riattivate le procedure necessarie. Essendosi valutato che le

procedure di accreditamento sono sospese in attesa della definizione del nuovo panorama dell'offerta assistenziale, di cui al Piano ospedaliero campano. Il superamento delle criticità ancora attuali presuppone, da un lato, la necessità di completare la definizione dei fabbisogni e, dall'altro, una revisione legislativa del sistema, come peraltro ribadito nella richiesta di documentazione inviata alla Regione Campania il 02/07/2012 (prot. 287-P). Quanto alla necessità di procedere ad una revisione legislativa, si rammenta che la Regione, in materia di accreditamento istituzionale, ha adottato nel tempo diverse leggi regionali riguardo alle quali sono stati rilevati profili di incostituzionalità, nonché il profilarsi di un contrasto di talune disposizioni in esse contenute con il Piano di rientro. In pendenza del giudizio avanti alla Corte Costituzionale appare comunque opportuno che il Commissario ad acta promuova la procedura di cui all'art. 2, comma 80, della L. 191/2009, onde rendere la succitata normativa regionale conforme all'attuale assetto normativo ed istituzionale.

179



Beni e servizi

Nella scorsa riunione del 30 marzo 2012 Tavolo e Comitato restavano in attesa di un quadro di riepilogo sulla situazione di SORESA in quanto centrale di acquisti, e restavano in attesa di acquisire con urgenza gli elementi informativi richiesti.

Attuazione del Progetto Tessera Sanitaria

Nel corso della riunione del 30 marzo 2012, in merito all'attuazione del DPCM 26/03/2008 circa la criticità inerente il basso numero di medici invianti i dati di ricette al sistema TS. Tavolo e Comitato restavano in attesa di una relazione sullo stato di attuazione delle attività per la risoluzione delle criticità segnalate. Tavolo e Comitato, in merito allo stato di attività del progetto Tessera Sanitaria, prendono atto delle iniziative regionali di recupero delle criticità riscontrate, ma ne segnalano ancora la presenza e ribadiscono la necessità di fornire i chiarimenti e le integrazioni richieste. La regione è stata invitata più volte a migliorare il sistema di rilevazione TS anche nelle apposite riunioni sull'argomento. Dai dati inviati si evince però che ancora la maggior parte dei medici non utilizza correttamente il sistema informatizzato e quindi Tavolo e Comitato restano in attesa della soluzione delle criticità rilevate e segnalate più volte, nonché invitano la regione ad applicare ai medici inadempienti le previste sanzioni.

Tariffe

Sono in corso ulteriori lavori di approfondimento ed aggiornamento di diverse categorie di tariffe. Tavolo e Comitato rimangono in attesa dell'adeguamento normativo delle tariffe per le prestazioni ospedaliere, nonché delle tariffe per: Hospice; unità speciali di accoglienza permanente (SUAP) rivolte a persone in stato vegetativo (R1) entro il 30 settembre 2012; le cure domiciliari, per profili di cura e bisogni assistenziali entro il 30 settembre 2012; nuovi servizi assistenziali "di accoglienza" e "specialistici" per le comunità residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti entro il 30 settembre 2012; Cure Palliative Domiciliari entro il 31 dicembre 2012 così come previsto dal PO 2012.

180



Regione Liguria

Nel periodo preso in esame, Agenas ha svolto un'attività di affiancamento del dipartimento regionale della sanità nella fase di concertazione con le aziende sanitarie in ordine alle azioni da adottare per perseguire l'equilibrio della gestione.

Al fine di agevolare l'analisi dell'andamento dei costi, in presenza degli effetti delle manovre disposte nel biennio 2010-2011 (trasferimento di funzioni tra le aziende, revisione della rete ospedaliera, esternalizzazioni ecc.), Agenas ha predisposto una serie di tabelle (cfr. Allegato 25) che sono state compilate dalle aziende e che hanno consentito:

- un confronto su basi condivise;
- la identificazione di obiettivi di costo per grandi categorie di fattori produttivi da poter confrontare nel corso dell'anno con l'andamento effettivo dei costi.

La tabella 1, a sua volta articolata in 16 tabelle analitiche e una tabella finale riepilogativa, riguarda i costi tendenziali (in base all'andamento nel biennio 2010-2011) e i costi programmati.

In presenza di rilevanti variazioni nel campo di azione, il semplice confronto dei valori storici da CE non è significativo. Pertanto si è chiesto alle aziende di evidenziare i fenomeni straordinari che hanno inciso sulla variazione dei costi.

A titolo di esempio, l'andamento del costo di acquisto dei farmaci è stato analizzato con le seguenti modalità:

- specificazione della differenza tra i costi 2011 e quelli base 2010, evidenziando l'impatto della eventuale variazione nei volumi di attività (ad esempio per il trasferimento della gestione di un ospedale tra due aziende sanitarie) e la componente derivante dall'incremento della distribuzione diretta e per conto (con importi da confrontare con i dati della scheda relativa all'assistenza farmaceutica convenzionata);
- previsione del tendenziale 2012 rapportando ad anno gli effetti registrati nel 2011;
- previsione del programmato 2012 specificando le motivazioni delle differenze rispetto al tendenziale: incremento della distribuzione diretta o per conto, riduzione o aumento delle attività gestite direttamente, economie derivanti dalla manovra sulle procedure contrattuali, economie derivanti dalla razionalizzazione dei consumi.

Le altre schede sono state finalizzate ad analizzare gli effetti delle manovre disposte a livello regionale.

La tabella 2, "attività cessate – trasferite – esternalizzate e nuove attività", richiedeva, per ogni singola attività:

- i costi cessanti o insorgenti, con un livello di dettaglio idoneo all'incrocio con le tabelle previsionali dei costi per fattori produttivi;
- i volumi di attività, al fine di effettuare un confronto tra costi e valorizzazione della produzione.

La tabella 3, "riordino delle strutture complesse", richiedeva, per ogni struttura soppressa:

- la riduzione di personale per cessazione dal servizio;
- in caso di trasferimento di personale, la specificazione della struttura di destinazione;
- i volumi di attività svolti dalla struttura soppressa;
- la struttura subentrante nell'attività precedentemente svolta da quella soppressa.

La tabella 4, “economie da procedure contrattuali”, richiedeva di indicare, per ogni nuova gara gestita dalla Centrale regionale o a livello sovraziendale:

- il conto CE di imputazione;
- la decorrenza della nuova fornitura;
- il costo annuale storico;
- la previsione dell'economia attesa.

La tabella 5, “economie da razionalizzazione dei consumi”, richiedeva di specificare le economie attese per categorie di beni e servizi, in modo da verificare le previsioni delle tabelle 1.

La tabella 6, “trasferimento dalla farmaceutica convenzionata alla distribuzione diretta e per conto”, era finalizzata al raccordo tra i conti CE interessati.

La tabella 7, “investimenti capitalizzati”, era finalizzata alla valutazione dell'impatto delle nuove norme in materia di ammortamenti e di investimenti (d.lgs. 118/2011).

Infine la tabella 8, “entrate dirette”, era finalizzata ad evidenziare l'andamento di tali entrate, con particolare riferimento ai ticket, in seguito alla loro variazione avvenuta nel 2011.

Le tabelle compilate dalle aziende sono state analizzate nell'ambito del dipartimento regionale della sanità e, successivamente, discusse con le singole aziende in una serie di incontri, apportando gradualmente le varianti concordate.

Regione Puglia

Alla fine del 2011 si è concretizzato un rapporto più stretto tra Agenas e la Regione Puglia e nel corso del periodo considerato è iniziata una prima attività incentrata sulla rete emergenza-urgenza e sulla rete ospedaliera, che avrà modo di svilupparsi in maniera più compiuta nel prossimo futuro e sulla quale si darà una più dettagliata evidenza nella successiva relazione, relativa al 2° semestre 2012.

Regione Sardegna

Nell'ambito della convenzione tra Agenas e Regione Sardegna stipulata nel mese di Novembre 2011 e concernente la formazione dell'alta dirigenza del Sistema Sanitario Regionale, è stata svolta l'attività di progettazione e coordinamento del programma tecnico-scientifico di formazione per il Direttori Generali, i Direttori Sanitari e i Direttori Amministrativi delle aziende sanitarie pubbliche della Sardegna.

Nel periodo considerato, il percorso di formazione per i Vertici Strategici del Sistema Sanitario Regionale è stato strutturato da Agenas attraverso la progettazione di metodologie e strumenti didattici orientati a promuovere una nuova cultura nel sistema dei servizi alla persona attraverso un sostegno nel percorso di sviluppo del proprio agire nel contesto delle Aziende Sanitarie e la messa a disposizione di modelli teorici, metodi e strumenti di crescita delle capacità gestionali e relazionali. Al riguardo, a Cagliari, il 19 giugno c.a., nell'ambito della Fiera Internazionale della Sardegna, Agenas, nella persona del direttore F. Moirano, ha presentato le linee principali del programma intrapreso e delle attività realizzate (cfr. [Allegato 26](#))

Tra i principali obiettivi raggiunti nel primo semestre di attività 2012, di rilievo sono da segnalare:

- la definizione e programmazione del workshop di avvio;
- il supporto per la organizzazione della sede residenziale del corso a mo' di Campus;
- l'individuazione e definizione dei moduli didattici, dei docenti e dei responsabili dei moduli;
- l'avvio della definizione dei progetti operativi che i destinatari del corso dovranno realizzare per la sezione di formazione sul campo e per conseguire l'attestato finale.

Il corso di formazione così come sviluppato in formato di bozza di programma articolato, è stato altresì orientato per facilitare l'integrazione nella pratica manageriale quotidiana dei Direttori, le attività utili al conseguimento degli obiettivi compresi tra quelli dei direttori generali delle aziende sanitarie della Regione Sardegna e nel

documento di riorganizzazione delle reti assistenziali sviluppato da Agenas per la Regione Sardegna nel 2010.

Regione Siciliana

In coerenza a quanto impostato negli anni precedenti , nel 1° semestre 2012 si è dato corso all'ultima fase del processo di cambiamento denominato nella relazione del 2011 "Fase del governo dei processi", attraverso 2 azioni fondamentali:

- La assegnazione di obiettivi più stringenti e correlati ai processi gestionali e sanitari di ogni Azienda.
- La stesura e la realizzazione dei Piani Attuativi Aziendali, così come prescritto nella 5/2009 di riforma.

Prima di descrivere in dettaglio le 2 azioni su indicate, è opportuno ricordare che l'anno 2012 è caratterizzato dalla scadenza dei Direttori Generali (31/08/2012) in carica e dalle elezioni Regionali, che potrebbero portare a una nuova Amministrazione.

Assegnazione Obiettivi

Per l'anno 2012 l'Assessorato della Salute ha deciso di assegnare alle Aziende Sanitarie Siciliane obiettivi molto sfidanti, ciò per dare un segnale di valutazione concreto sui risultati legati ai processi core e coerente con gli impegni presi da una parte con il programma operativo e dall'altra con il piano sanitario.

Macro Obiettivo 1: Piano Attuativo Aziendale

Predisposizione e relativa redazione del Piano Attuativo Aziendale del piano sanitario Regionale entro il 30 aprile 2012. Ogni azienda dovrà stendere il proprio: nel caso delle aziende che operano nelle aree metropolitane della provincia di Catania, Messina e Palermo, dovranno necessariamente tra loro raccordarsi in modo da evitare sovrapposizioni o non corrette coperture tra offerta e domanda.

Ad approvazione ottenuta, i diversi capitoli in cui è costituito il piano attuativo diventeranno anno per anno gli obiettivi da raggiungere in coerenza alle scadenze previste dagli specifici crono programmi.

Macro Obiettivo 2: Attuazione del P.O. ed Erogazione L.E.A.

Attuazione, per le Aziende Territoriali (A.S.P.) del Programma Operativo ed erogazione di L.E.A. con la completa realizzazione entro il 31/12/2012 delle azioni previste.

- A2.)** Per le A.S.P.: R.S.A., A.D.T., HOSPICE, Centro Direzione per l'ALZHEIMER, P.T.A., P.U.A., C.U.O. provinciali, riduzione dei Tempi di Attesa, Controllo del 10% delle cartelle cliniche, rispetto della Tempestività, e della completezza dei flussi informativi, Riduzione del Tasso di Ospedalizzazione.

Macro Obiettivo 3: Esiti

- A3.1)** FRATTURA DEL FEMORE: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anno entro le 48 ore dal ricovero.

L'obiettivo si intende raggiunto se si è intervenuti almeno sul 50% (dei ricoverati per le A.O. dei residenti per le A.S.P.).

- A3.2)** PARTI CESAREI: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate.

L'obiettivo si intende raggiunto se l'incidenza non supera la soglia del 20% (dei ricoverati per le A.O. e dei residenti per le A.S.P.).

- A3.3)** TEMPERTIVITA' P.T.C.A.: nei casi che lo richiedano.

L'obiettivo si intende raggiunto quando si è intervenuti al massimo il giorno successivo al ricovere per il 50% (dei ricoverati per le A.O. e dei residenti per le A.S.P.).

Macro Obiettivo 4: Gestionali

- A4.1)** Fanno parte, per le A.S.P., quattro attività gestionali:

A4.1.1) Farmaceutica convenzionata tetto max di spesa.

A4.1.2) Utilizzo dei fondi comunitari per gli investimenti entro il 31/12/2012.

A4.1.3) Miglioramento della Qualità per il cittadino

attraverso la predisposizione di un sistema di autovalutazione a cui viene fatto seguire, sulle aree critiche, il coerente piano di miglioramento con l'indicazione del valore obiettivo da raggiungere al 31/12/2012.

A4.1.4) Piano di efficientamento energetico.

A4.2) Fanno parte, per le A.S.O., quattro attività gestionali.

A4.2.1) Spesa dispositivi medici.

A4.2.2) Utilizzo dei fondi comunitari per gli investimenti entro il 31/12/2012.

A4.2.3) Miglioramento della Qualità per il cittadino attraverso la predisposizione di un sistema di autovalutazione a cui viene fatto seguire, sulle aree critiche, il coerente piano di miglioramento con l'indicazione del valore obiettivo da raggiungere al 31/12/2012.

A4.2.4) Piano di efficientamento energetico.

Piani Attuativi Aziendali

Riferimenti normativi del Piano Attuativo Aziendale

Il Piano attuativo delle Aziende sanitarie del Servizio Sanitario regionale è, ai sensi dell'art.5 della legge regionale 14 aprile 2009, n.5, atto della programmazione sanitaria locale, insieme all'atto aziendale, ai programmi definiti a livello di bacino e alle intese e gli accordi previsti dall'art.4 della stessa legge.

Ai sensi del comma 2 dello stesso art.5 il Piano attuativo è “ l'atto, di durata triennale, con il quale le Aziende sanitarie provinciali e le Aziende ospedaliere programmano, nei limiti delle risorse disponibili, dei vincoli e dei termini previsti dal Piano Sanitario Regionale, le attività da svolgere nel periodo di vigenza del Piano medesimo”.

I successivi commi 3 e 4 statuiscono che tale Piano “è adottato dal Direttore Generale, previo parere obbligatorio della Conferenza dei sindaci di cui al decre-

to legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i. ed è trasmesso all'Assessorato Regionale della Salute ai fini della verifica di congruenza con gli indirizzi, gli obiettivi ed i vincoli della programmazione sanitaria regionale e di bacino nonché per la verifica di compatibilità con gli atti di programmazione”.

La durata del Piano Attuativo Aziendale

La durata del Piano è triennale, a decorrere dal 2012 e si realizza attraverso la definizione di programmi annuali di attività da parte del Direttore Generale dell'Azienda che li trasmette all'Assessorato Regionale della Salute entro il 31 gennaio di ciascun anno per le verifiche di congruenza e compatibilità con la programmazione sanitaria regionale.

Pertanto, dovranno essere messi in luce i risultati attesi ed il piano delle azioni per ciascun anno di validità del Piano, prevedendo lo sviluppo triennale e la relativa articolazione a partire dall'anno 2012.

In relazione agli obiettivi previsti nel programma annuale, il Direttore generale espone nella relazione sanitaria aziendale, da trasmettere obbligatoriamente all'Assessorato della Salute entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, l'attività svolta e i risultati raggiunti valutati anche sulla base di specifici indicatori.

La Programmazione Sanitaria Regionale

Il contesto programmatico di riferimento è rappresentato dal vigente Piano sanitario regionale “Piano della Salute 2011-2013” (PSR) approvato con Decreto Presidenziale del 18 luglio 2011 e pubblicato nel S.O. n.2 della GURS n.32 del 29 luglio 2011.

I principi cardine del PSR cui devono attenersi i PAA, universalità, rispetto della libertà di scelta, pluralismo erogativo, equità di accesso alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione sono connessi all'appropriatezza intesa sia in senso strettamente clinico che nella accezione di “erogazione della prestazione più efficace al minor consumo di risorse”.

Sulla base di questi principi il PAA, così come indicato dal PSR, deve porre il cittadino al centro del sistema assistenziale, offrendo risposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute sia sul territorio che in ospedale e tenendo conto anche delle esigenze che attengono alla sfera della persona, avuto riguardo da un lato, alla promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari, che costituisca un forte riferimento per la prevenzione, la cronicità, le patologie a lungo decorso e la personalizzazione delle cure; dall'altro, alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera puntando all'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza.

Questo processo deve estrinsecarsi in un cambiamento di orientamento ed investimento strategico aziendale a cura dei vertici aziendali, destinato allo sviluppo di appropriati strumenti gestionali finalizzati alla realizzazione e all'implementazione di opportune attività assistenziali. Queste ultime vanno riorganizzate in una logica di rete per garantire omogenei livelli di assistenza e superare l'attuale frammentarietà delle risposte.

La programmazione locale di ogni singola azienda deve tenere altresì conto:

- delle relazioni funzionali con le strutture pubbliche e private accreditate presenti nel contesto locale, provinciale, di bacino e all'interno del più ampio contesto regionale;
- dei rapporti con le Università e gli Istituti di ricerca;
- della sostenibilità economica e del raggiungimento degli obiettivi previsti anche dal Programma Operativo Regionale 2010-2012 approvato con D.A. del 30/12/2010 dalla GURS n.5 del 28/01/2011;
- degli atti specifici di programmazione sanitaria regionale per singoli ambiti assistenziali adottati in coerenza con gli obiettivi e gli interventi prioritari di PSR;
- dei progetti, assegnati in sede regionale, scaturenti dagli obiettivi annuali di Piano Sanitario Nazionale;
- degli obiettivi annualmente assegnati in sede contrattuale ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie per la valutazione della loro operatività.

Le Linee Guida contemplano un modello unico per le Aziende Sanitarie Provinciali, in capo alle quali risiede la responsabilità della compilazione del Piano in riferimento al territorio provinciale di pertinenza.

Nelle aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina il Piano Attuativo dell'Azienda deve essere redatto in collaborazione con le Aziende Ospedaliere e Ospedaliere Universitarie presenti nel territorio provinciale di riferimento e deve contenere, in allegato, i distinti piani attuativi delle singole Aziende compilati sul medesimo modello..

Vista la complessità del lavoro richiesto per la stesura del Piano Attuativo, in accordo con l'Assessorato, Agenas ha dato la sua disponibilità a supportare le aziende nella stesura del piano e nella implementazione delle attività previste, in logica di project management.

L'attività di programmazione e valutazione dell'introduzione e gestione delle innovazioni tecnologiche

9

Supporto alle regioni in materia di innovazioni significative per la razionalizzazione e la qualificazione delle attività del SSN e per la promozione di attività di programmazione e valutazione dell'introduzione e gestione delle innovazioni tecnologiche (Health Technology Assessment - HTA)¹³

Sul versante dell'innovazione nel corso del 1° semestre del 2012, l'Agenzia ha condotto iniziative riguardanti l'innovazione organizzativa e tecnologica, mediante:

- il monitoraggio delle innovazioni organizzative riguardanti l'attivazione di "Programmi di HTA" nelle Regioni;
- il monitoraggio delle innovazioni organizzative riguardanti la riorganizzazione delle reti di laboratori diagnostici;
- l'approfondimento dei temi riguardanti i rapporti pubblico-privato nelle Regioni;
- la diffusione delle tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie – monitoraggio prezzi dispositivi medici;
- l' Health Technology Assessment (HTA);
- l'attività di ricerca.

¹³ A cura della sezione *Innovazione, sperimentazione e sviluppo*

Monitoraggio delle innovazioni organizzative “Programmi di HTA”

La situazione aggiornata circa la ricognizione sistematica dell'innovazione organizzativa riguardante gli strumenti di controllo/monitoraggio e gestione dell'innovazione tecnologica nelle Regioni è sintetizzata nella Tabella 1. La motivazione sottesa all'innovazione organizzativa riguardante l'attivazione di “Programmi di HTA” è comune a tutte le Regioni ed è rappresentata dall'esigenza di governare, nell'ambito delle attività di ricerca e innovazione, i processi di adozione nelle varie realtà regionali di tecnologie diagnostiche e terapeutiche innovative definendone i processi di valutazione, di monitoraggio dell'acquisizione e d'uso.

Il monitoraggio vede un progressivo incremento delle disposizioni relative all'organizzazione della funzione di HTA a livello regionale, come testimoniano i provvedimenti delle regioni Campania, Liguria e Sicilia. Il crescente interesse intorno a questo strumento di governo dell'innovazione è testimoniato, inoltre, dalla molteplicità di iniziative formative, congressuali e di contatti con il team HTA di Agenas.

192



Monitoraggio delle innovazioni organizzative “riorganizzazione delle reti di laboratori diagnostici”

L'attività di monitoraggio è condotta nell'ambito della verifica degli adempimenti Lea per il Comitato Lea, presso il Ministero della Salute. Tale attività consiste sia nel monitorare e valutare i Piani di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche di diagnostica di laboratorio messi in atto dalle Regioni, secondo quanto previsto dalla Legge 296 del 2007, sia nel valutare le informazioni recepite in merito all'attività produttiva dei laboratori presenti in Regione.

L'attività è inoltre rivolta alla valutazione, in particolare, dei Piani di riorganizzazione della rete laboratoristica messi in atto dalle Regioni in Piano di Rientro, in relazione all'analisi della relativa coerenza con l'intero processo di riorganizzazione delle reti dei servizi e con gli obiettivi dei Programmi Operativi.

Tabella n. 5 - Programmi di HTA nelle Regioni Italiane - (dati al 30.06.2012)

Regione	Normativa	Nome progetto	Motivi	Attività/Funzioni
Campania	DGR 1370/2008	Progetto Robinson (per l'implementazione della Health Technology Assessment in Sanità)	Implementare la Health Technology Assessment (HTA) e la Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) tra il personale del Servizio Sanitario Regionale.	Prendere atto della indispensabilità di adottare l'HTA come strumento base per l'adozione di scelta di documentata e provata utilità ed efficacia Nomina commissione regionale di esperti in grado di promuovere tutte le iniziative necessarie Organizzazione task force regionale costituita da esperti e da referenti di singole aziende sanitarie, ospedaliere e universitarie Adozione piano di formazione tradizionale ed a distanza.
	Decreto Assessorile 43/2009	PREVENZIONE, ASSISTENZA SANITARIA, IGIENE SANITARIA - Implementazione dello strumento innovativo gestionale "HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT" nelle strutture sanitarie a supporto delle decisioni di politica sanitaria	La istituzione di una Commissione regionale di esperti in grado di promuovere tutte le iniziative necessarie	Organizzare una task force regionale costituita da esperti della materia ed integrata con i referenti del team delle singole aziende sanitarie, ospedaliere ed universitarie della regione; adottare un piano di formazione tradizionale ed a distanza per formare le equipe aziendali e del management regionale; diffondere all'interno delle aziende sanitarie regionali e dell'assessorato alla sanità la cultura della Health Technology Assessment attraverso la promozione di eventi scientifici dedicati a manager, clinici, nursing e personale amministrativo; attivare modelli e strumenti tecnologici di supporto alle decisioni dei manager.
	DGR 64/2011	Implementazione dello strumento innovativo gestionale "health technology assessment" e dell'horizon scanning nelle strutture sanitarie a supporto delle decisioni di politica sanitaria	Istituire una Commissione con il compito di supportare l'Area Generale di Coordinamento "Assistenza sanitaria"	Diffondere all'interno delle aziende sanitarie regionali e dei competenti Settori regionali la cultura della Health Technology Assessment e dell' Horizon Scanning attraverso la promozione di eventi scientifici dedicati a manager, clinici, nursing, ingegneri biomedici, farmacisti, personale amministrativo e attivare modelli e strumenti tecnologici di supporto alle decisioni dei manager.
	DPG 313/2011	Nomina dei componenti della Commissione HTA e HS	Implementazione dello strumento innovativo gestionale "health technology assessment" e dell'horizon scanning nelle strutture sanitarie a supporto delle decisioni di politica sanitaria	Vedi Decreto Assessorile 43/2009 e DGR 64/2011

Emilia Romagna	Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI)	Governare i processi di adozione nei contesti assistenziali di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche Acquisire informazioni di costo-efficacia delle tecnologie innovative. Monitorare le procedure di acquisizione e le modalità di utilizzo dei dispositivi medici Raccogliere sistematicamente dai singoli contesti aziendali segnalazioni sull'innovazione dei servizi Prevedere scenari futuri.	Consentire l'individuazione il più possibile precoce di tecnologie emergenti Sostenere le attività dei collegi di direzione aziendali sui temi della innovazione tecnologica, clinica ed organizzativa Individuare, tra le tecnologie individuate, quelle meritevoli di ulteriori iniziative di approfondimento del loro ulteriore impatto sui servizi Consentire il governo dei processi di adozione di alte tecnologie diagnostiche e terapeutiche
Lombardia	DGR 8/7856/2008 DGR 11859/2009	Determinazione in merito alla valutazione dell'appropriatezza d'uso dei farmaci, dispositivi biomedici e tecnologie diagnostico-terapeutiche al fine del loro impiego nell'ambito del SSR secondo gli indirizzi del PSSR e determinazioni conseguenti. Prime determinazioni in attuazione della DGR 8/7856/2008: nomina dei componenti del Nucleo di Valutazione delle Priorità e dei Conflitti di Interesse (NVPCI) e del Tavolo dell'appropriatezza in Medicina (TTRAM)	Valutare quelle tecnologie innovative sanitarie che abbiano concluso l'iter di sperimentazione clinica e che siano in possesso dei certificati di AIC, ovvero del marchio CE. Indirizzare le attività di valutazione, ed in generale l'adozione e la diffusione, delle tecnologie sanitarie con un modello che comprenda i criteri di appropriatezza e sostenibilità degli interventi sanitari innovativi Istituzione di un Nucleo di Valutazione delle Priorità e dei Conflitti di Interesse con compiti e funzioni stabiliti. Istituzione di un elenco aggiornabile di esperti (invito pubblico) atti a produrre rapporti di valutazione ed analisi di impatto delle tecnologie sanitarie e dei processi di cura
Piemonte	Determinazione 100 del 27/05/2008	Comitato per l'HTA	Istruire e redigere le valutazioni di HTA Raccogliere e rendere disponibile la documentazione necessaria, sia tra gli operatori che presso la popolazione Instaurare rapporti con la rete delle Agenzie di HTA sia a livello nazionale che internazionale, per condividere risultati e programmi di attività Proporre la composizione di gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali ad hoc Proporre il Piano di attività, in base alle indicazioni del gruppo di programmazione e definendo per ciascuna attività di valutazione il crono programma Redigere rapporti di avanzamento dell'attività, con cadenza almeno semestrale

Veneto	DGR 410/2008 DGR 2187/2008 DRG 448/2009 DGR 3396/2009	Programma per la Ricerca l'innovazione e l'HTA (PRI-HTA)	Governare nell'ambito delle attività di ricerca e innovazione le pressioni emergenti dal lato della domanda che si concretizzano nelle elevate aspettative da parte dei pazienti, negli interessi dell'industria e nel desiderio di reputazione dei professionisti; e dal lato dell'offerta organizzare una equa ripartizione delle risorse disponibili in base alle opportunità dalle innovazioni tecnologiche e organizzative.	Identificazione delle tematiche ritenute rilevanti a livello regionale e locale su cui promuovere l'attività di ricerca Promozione della ricerca traslazionale e della sperimentazione volte a migliorare la implementazione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici Sviluppo di processi formativi rivolta agli operatori del settore socio sanitario per lo sviluppo di competenze a sostegno dell'attività di ricerca e sulle metodologie da adottare per creare percorsi finalizzati ad un confronto continuo sui risultati ottenuti Sviluppo di processi informativi (linee guida) sull'uso di specifiche tecnologie e procedure
Puglia	DDG ARES 133/2009	Costituzione del gruppo di lavoro HTA (Health Technology Assessment)	Seguire e sostenere la rete collaborativa di HTA tra le strutture tecniche regionali e l'Agenas	Valutarne performance, Sensibilità e Specificità; Valutarne le conformità con le specifiche di fabbricazione, di affidabilità, di semplicità di utilizzo o di manutenzione Analizzare i rischi per i pazienti e per gli operatori; Valutare l'efficacia/Beneficio che si trae utilizzando una tecnologia in relazione ad uno specifico problema in condizioni reali; Valutare l'efficienza/Beneficio che si ottiene utilizzando una tecnologia per un particolare problema in condizioni di routine; Valutarne l'impatto economico in caso di nuova introduzione; Valutarne gli impatti sociali, etici, legali, politici; Elaborare e redigere Report HTA
Toscana	DGR n.229/2008 DGR n.1256/2009	Istituzione del Centro Regionale per l'Health Technology Assessment per la valutazione multidisciplinare delle tecnologie sanitarie. Dotare il Centro Regionale HTA di una competenza tecnica, definita come Supporto Operativo: S.O – HTA	Promozione delle attività di governo clinico e per lo sviluppo a rete di specifiche aree tematiche del Servizio Sanitario Toscano. Produrre valutazioni metodologiche rapide e consentire di attivare ed orientare processi di HTA completi.	Valutazione dei dispositivi medico-chirurgici; Valutazione dei farmaci; Valutazione delle apparecchiature biomedicali; Valutazione dell'organizzazione e dei protocolli biomedici e biochirurgici; Valutazione dell'edilizia ospedaliera.

Sicilia	Dec. Ass. 3-3-2010	Approvazione del piano di sviluppo dell'Health Technology Assessment nel servizio sanitario regionale 2010-2012	L'attività programmatica nel settore dell'HTA, nel triennio di riferimento, è finalizzata allo sviluppo degli strumenti idonei alla promozione e diffusione dell'HTA con riferimento a specifici obiettivi operativi, definiti sulla base dell'analisi delle attività in corso, dell'approfondimento sulle scelte organizzative operate da altre Regioni e sulla individuazione delle ipotesi organizzative/lo sviluppo delle tematiche HTA più coerenti con il contesto attuale del SSR.	Obiettivo dell'assessorato è la creazione di una banca dati "certificata" sulla dotazione delle apparecchiature tecnologiche presso le Aziende sanitarie siciliane; essa costituirà la fonte informativa per le diverse esigenze dell'Amministrazione regionale, nell'espletamento dei compiti istituzionali di governo, programmazione e controllo del SSR. L'Assessorato garantirà la partecipazione ai lavori ed alle iniziative della costituenda rete collaborativa interregionale in materia di HTA (RIHTA), che vede la presenza di tutte le Regioni e Province autonome, iniziativa promossa e coordinata dall'AGENAS, cui la conferenza unificata Stato-Regioni ha attribuito il compito di sostenere e supportare le Regioni nell'ambito dell'HTA (delibera n. 73/CU del 20 settembre 2007).
Lazio	Dec. Comm. Ad acta 00066 /2010	Istituzione del nucleo di Regionale e della Consulta per l'Health Technology Assessment (HTA) delle Aziende sanitarie, delle Aziende Ospedaliere, dei Policlinici Universitari e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici - Attribuzione a Laziosanità ASP di funzioni di supporto tecnico scientifico ed alla programmazione delle attività di HTA	Tecnostuttura regionale consultiva in materia di valutazioni multidisciplinari e multidirezionali delle tecnologie sanitarie, secondo le metodologie e le eccezioni proprie dell'HTA.	Compiti dell'HTA: 1) sviluppare valutazioni multidisciplinari; 2) promuovere processi di HS; 3) sviluppare raccomandazioni e linee di indirizzo; 4) aggiornare linee-guida; 5) supportare la Rete dei referenti aziendali per l'HTA; 6) promuovere accordi e protocolli di ricerca con gli stakeholders; 7) promuovere la formazione attraverso stage e tirocini in materia di HTA; 8) diffondere la documentazione in materia di HTA.
Liguria	DGR 225/2011	Rete Regionale Health Technology Assessment (HTA)	Stabilire elementi attuativi e metodologici	Analisi monitoraggio tecnologie esistenti Proposte introduzione /sostituzione /acquisizione nuove tecnologie. Pareri su Proposte introduzione /sostituzione /acquisizione nuove tecnologie (finanziamento) Studio dei flussi informativi esistenti/reportistica L'obiettivo prioritario della rete è quello di introdurre l'HTA nel Sistema Sanitario Regionale, quale componente fondamentale all'interno dei processi decisionali. In particolare per promuovere l'uso dell'HTA la Rete ligure, attraverso l'Agenzia Regionale Sanitaria, si propone di: – rappresentare un punto aggregante, di coordinamento e formazione delle diverse professionalità coinvolte nei processi di HTA, in modo da facilitare lo scambio di informazioni e ridurre le difficoltà legate a linguaggi professionali differenti; – supportare operativamente l'applicazione dell'HTA a livello locale e regionale; – costruire uno strumento per rendere accessibili e fruibili nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale le valutazioni di HTA e le linee guida disponibili a livello locale, nazionale ed internazionale; – condurre specifiche analisi e valutazioni in relazione a tecnologie nuove o consolidate, prevalentemente in funzione delle necessità del Dipartimento Salute in ordine all'attività di programmazione del Sistema Sanitario Regionale.

Rapporti pubblico-privato nelle regioni

Nell'ambito della verifica degli adempimenti Lea per il Comitato Lea, presso il Ministero della Salute si è continuata l'attività di monitoraggio delle sperimentazioni gestionali. Tale attività viene affiancata da un'attività di approfondimento e ricerca sulle collaborazioni pubblico-privato in sanità. Dopo l'approfondimento condotto negli anni passati sulle società miste, si è conclusa l'attività di ricerca sulle Fondazioni e sulle esternalizzazioni delle funzioni diagnostiche di laboratorio, svolta in collaborazione con esperti di Organizzazione Aziendale della Seconda Università degli Studi di Napoli, con l'obiettivo di evidenziare le criticità e i vantaggi di tali iniziative. A conclusione dell'intera ricerca si è tenuto, il 21 giugno 2012, presso il Ministero della Salute il Workshop "Sperimentazioni gestionali in sanità" che ha visto la partecipazione di tutti i referenti delle Regioni coinvolte in tali iniziative oltre a tutte le società che hanno preso parte alla ricerca. Scopo dell'incontro è stato quello di presentare i risultati della ricerca (cfr. [Allegato n.27](#)) al fine di focalizzare l'attenzione sui punti critici emersi con l'obiettivo di individuare e proporre azioni migliorative e di collaborazione con il Governo centrale.

197



Diffusione delle tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie -monitoraggio prezzi dispositivi medici

Nel 1° semestre 2012 in questo settore sono proseguite le iniziative in parte scaturite dalla collaborazione con il Ministero della Salute, in parte rientranti nell'attività di supporto alle regioni nel governo del settore:

- a) partecipazione ai Gruppi di Lavoro: "Flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquisiti dal SSN" e "Studio di fattibilità per la raccolta di informazioni relative alle apparecchiature sanitarie".

In questo ambito, Agenas ha continuato a fornire il proprio supporto ai lavori dei sotto-gruppi tecnici 3 e 4, istituiti al fine di consolidare ambito e tempistiche della rilevazione dati sulle apparecchiature di interesse sanitario, finalizzati a focalizzare ulteriormente lo studio su specifiche tematiche relative a:

3. "SPERIMENTAZIONE ED APPLICAZIONE INDICATORI DI ATTIVITA' DELLE APPARECCHIATURE"

4. "SET INFORMATIVO DI DETTAGLIO"

"Flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero e delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto".

- b) collaborazione con il Ministero della Salute partecipando ai lavori della nuova Commissione Unica sui dispositivi medici (CUD) insediata il 16 febbraio 2012.
- c) prosecuzione della specifica linea di intervento svolta per le Regioni sotto Piano di rientro in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali della Regione Autonoma del Friuli Venezia Giulia, volta alla rilevazione della dotazione, degli acquisti e dei prezzi di un campione di tecnologie biomediche. L'iniziativa è stata mirata a dotare le regioni di un metodo di monitoraggio, ai fini programmatici, del parco tecnologico installato ed a diffondere la conoscenza delle condizioni di acquisto delle diverse tecnologie (contratti, prezzi, etc).
- d) Agenas, a norma dell'articolo 17, comma 1 lettera a) della legge 111/2011, è stata notevolmente impegnata nella collaborazione con l'Autorità per la Vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (AVCP), partecipando a numerosi incontri per definire, di volta in volta, i propri ambiti di intervento sulla base delle indicazioni previste dalla norma. Tale attività, si è estrinsecata nell'individuazione di un elenco di "beni, ivi compresi i dispositivi medici ed i farmaci per uso ospedaliero, prestazioni e servizi sanitari e non sanitari tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Servizio Sanitario Nazionale".
- e) è proseguito il supporto al Ministero della Salute sulle modalità di inclusione, di classificazione/codifica di farmaci, dispositivi medici ad alto costo nella revisione del sistema ICD-9-CM, nell'ambito della Convenzione con il Ministero della Salute su "Attività di supporto operativo e gestionale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali nel programma denominato "Mattoni del SSN": "Progetto di un nuovo sistema di misurazione e valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere".

Health Technology Assessment

Le attività di Health Technology Assessment riguardano:

- la produzione di report di HTA su tecnologie sanitarie (dispositivi medici),
- l'organizzazione della rete dell'Health Technology Assessment (RIHTA) e la promozione delle capacità di valutazione delle tecnologie biomediche,
- l'attività di Horizon Scanning (COTE) e la produzione di report di Horizon scanning su tecnologie sanitarie emergenti,
- la partecipazione a Network internazionali (EUnetHTA Joint Action, Euroscan, INAHTA)
- La attività di assistenza tecnica alla regione Sicilia per l'organizzazione delle attività di Assessment nell'ambito del Progetto POAT salute 2007-2013 – Linea verticale 8

199



Health Technology Assessment su dispositivi medici

L'attività di Health Technology Assessment sui dispositivi medici viene condotta in attuazione di accordi di collaborazione (IV e V) con il Ministero della Salute, direzione generale farmaci e dispositivi medici.

Il IV accordo, in corso, riguarda l'elaborazione di due Report di HTA, due Revisioni Sistematiche (RS) di costo-efficacia e l'allestimento di un Flusso per la raccolta delle proposte di valutazione di tecnologie innovative emergenti.

Le tecnologie oggetto di studio dei report di HTA e delle RS, ad eccezione della PET-CT nella stadiazione dei tumori, che si pone in continuità con la Revisione sistematica effettuata nell'ambito del precedente accordo di collaborazione con il Ministero, sono state selezionate nell'ambito della RIHTA.

In particolare, le attività sulle tecnologie di comune interesse dei componenti la RIHTA riguardano:

- revisione sistematica di costo-efficacia della tecnologia "Catetere per denervazione mediante ablazione con radiofrequenza delle arterie renali"

- revisione sistematica di costo-efficacia della tecnologia “SUTURE assorbibili di Acido Poliglicolico + Acido Lattico e/o derivati con antibatterico”
- report di Health Technology Assessment di “device innovativi per la gestione del diabete”.

Il team Agenas, in collaborazione con le professionalità individuate dai componenti della RIHTA, sta lavorando alla stesura dei draft dei report di HTA che saranno inviati al Ministero entro fine luglio 2012 insieme al documento finale della revisione sistematica di costo-efficacia della tecnologia “Catetere per denervazione mediante ablazione con radiofrequenza delle arterie renali”.

A fine gennaio sono stati inviati al Ministero della Salute i Protocolli dei lavori condotti secondo quanto previsto dall'Accordo a conclusione della I Fase di attività (cfr Allegati n. 28-32).

Il quinto accordo, avviato a fine maggio 2012, riguarda la produzione di 4 HTA report, di cui due derivanti dalla sperimentazione di metodi di adattamento di valutazioni sviluppate da organizzazioni partner della rete EUnetHTA o di altre organizzazioni estere.

Organizzazione della rete dell'Health Technology Assessment e promozione delle capacità di valutazione delle tecnologie biomediche (RIHTA)

Allo scopo di promuovere attività sistematiche e stabili di valutazione dell'introduzione e gestione delle innovazioni tecnologiche (Health Technology Assessment - HTA), continuano i lavori della rete di cooperazione italiana – RIHTA – volta a perfezionare un network nazionale tra istituzioni regionali, strutture del Servizio Sanitario Nazionale, Università e Società scientifiche che possa costituire il “sistema di riferimento” nazionale per lo sviluppo delle attività di valutazione, oggetto dell'Accordo di collaborazione (ex art. 15 Legge 7 agosto 1990, n 241 e successive modifiche ed integrazioni) prot. 10/022/CR6d/C7 siglato nel 2009.

Sulla base del piano di lavoro condiviso, è stata effettuata un'iniziativa formativa e sono in corso quattro progetti collaborativi relativi al IV Accordo HTA tra Agenas

e Ministero della Salute citati. A tal fine sono stati organizzati team di funzionari ed esperti di diverse regioni, tra i quali si distribuisce il carico di lavoro. Nel corso del ciclo seminariale, quale esperimento di collaborazione multidisciplinare e inter-regionale, è stata avviata la produzione di un documento HTA su sicurezza ed efficacia della Adroterapia, recentemente finalizzato e reso disponibile sul sito Age.Na.S..

Nel corso del primo semestre 2012 si sono tenuti riunioni e web meeting per la messa a punto delle metodologie di collaborazione (albo degli esperti regionali, modalità di prioritizzazione, regole di authorship) e di ulteriori iniziative formative.

Inoltre, è aggiornata la pagina web dedicata all'HTA dalla quale si accede a tutte le attività HTA e Horizon Scanning della Sezione Iss e al FORUM RIHTA creato per facilitare gli scambi nell'ambito della RIHTA <http://www.agenas.it/hta.htm>.

Attività di Horizon Scanning (COTE) e report di Horizon scanning su tecnologie sanitarie emergenti

In questo semestre è continuata l'attività del COTE, mirata all'identificazione e valutazione delle tecnologie sanitarie emergenti. Nell'ambito delle attività in collaborazione con RIHTA, è stato avviato un processo di condivisione finalizzato alla programmazione delle attività di valutazione collaborativa delle tecnologie emergenti. Obiettivo principale è stata la definizione di una metodologia per l'implementazione di un centro di raccolta delle segnalazioni che dialoga coi i diversi poli regionali.

Inoltre, è in corso la sperimentazione di un modello di "valutazione collaborativa" che prevede l'istituzione di gruppi di lavoro composti da personale afferente ad Agenas e funzionari e esperti clinici regionali. Il primo report di Horizon Scanning prodotto secondo questo modello (HS n°10) sarà pubblicato alla fine di Luglio 2012.

Alla fine di Luglio sarà inviata al Ministero della Salute, nell'ambito del IV Accordo di Collaborazione, la relazione relativa a "Impianto metodologico del modello di flusso delle tecnologie emergenti e realizzazione del flusso pilota" di cui al par. 6.5.1.

Partecipazione a Network internazionali (EUnetHTA Joint Action e Euroscan)

A livello internazionale, al fine di consolidare le relazioni di collaborazione e scambio con le principali istituzioni impegnate nell'HTA, l'Agenzia ha proseguito la collaborazione con i diversi network internazionali di cui fa parte, INAHTA, EuroScan, HTA International (HTAi) e Joint Action EUnetHTA 2010-2012.

Agenas è coinvolta nella Joint Action 1 EUnetHTA in diversi ruoli e ambiti: oltre a far parte dell'Executive Committee nel WorkPackage 1 (WP1- coordinamento), Agenas è Co-leader partner nel WP4 (Core HTA) e Partner nel WP7 (New Technologies) e nel WP8 (Strategy and business model development).

202



Le principali attività dell'Agenzia rientrano nel WorkPackage 4 (Core HTA): in questo ambito, continuando le attività iniziate nel 2010 e proseguite nel 2011, l'Agenas ha gestito il processo di selezione delle tecnologie oggetto di valutazione dei due Core HTA previsti dal progetto, oltre a condividere con le Agenzie partner i modelli collaborativi con i quali svolgere le valutazioni. A seguito di queste attività l'Agenzia ha coordinato poi i lavori dei vari gruppi di ricerca nella definizione dei sotto-gruppi di lavoro, dell'avvio della parte di ricerca prevista del progetto, tramite lo svolgimento di diversi workshop ed e-meeting che sono serviti all'aggiornamento delle attività e al coordinamento del lavoro tra le agenzie coinvolte nei diversi gruppi di lavoro (Domain Teams).

E' in corso la finalizzazione dei prodotti della prima EUnetHTA Joint Action che si concluderà a dicembre 2012.

Inoltre, l'Agenzia ha partecipato attivamente alle iniziative della Commissione Europea (DG SANCO), in coordinamento con la direzione per gli affari internazionali del Ministero della salute, per la programmazione del network HTA in attuazione della direttiva sull'assistenza sanitaria transfrontaliera (cross border directive 24/2011/EU).

Infine, a seguito dell'approvazione della seconda Joint Action sull'HTA (2012-2015), a partire dal mese di luglio p.v. saranno avviate le attività di preparazione del workplan triennale, che vede l'Agenzia impegnata come leader di un work package finalizzato alla produzione collaborativa internazionale di documenti HTA con 17 partner italiani e di diversi paesi europei.

Nell'ambito delle attività connesse alla partecipazione ai network internazionali, l'Agenas ha partecipato a diversi incontri e meeting:

- 22-23 Marzo EuroScan Meeting (Den Haag)
- 29-30 Marzo EUnetHTA Meeting – WP4 strand B (Vienna)
- 18-19 Aprile EUnetHTA Executive Committee Meeting (Roma)
- 10-11 Maggio EUnetHTA Meeting – WP7 (Vienna)
- 24-25 Maggio EUnetHTA Meeting – Plenary Assembly (Lisbona)
- 4-5 Giugno EUnetHTA Meeting – WP4 (Helsinki)
- 23-28 Giugno 9° HTA meeting (Bilbao) ed Euroscan meeting

Il valore aggiunto di tale specifico impegno nei suddetti network internazionali è rappresentato dalla possibilità di facilitare la diffusione nel nostro Paese di standard metodologici di valutazione condivisi dalla comunità scientifica internazionale e, considerato che la maggioranza dei Paesi europei si trova ad affrontare gli stessi problemi riguardo all'introduzione delle innovazioni tecnologiche, di condividere informazioni già disponibili evitando duplicazioni di lavoro sia a livello nazionale che regionale.

Attività di assistenza tecnica alla regione Sicilia per l'organizzazione delle attività di Assessment nell'ambito del Progetto POAT salute 2007-2013 – Linea verticale 8

Nell'ambito del POAT salute 2007-2013 la regione Siciliana ha evidenziato l'esigenza di sviluppare delle metodologie di valutazione e monitoraggio delle tecnologie sanitarie (HTA) all'interno del Sistema sanitario regionale, di definire e implementare un modello organizzativo più efficace e maggiormente sostenibile, affiancando a tali obiettivi anche l'emanazione di apposite linee guida regionali (Linea verticale 8).

L'Agenzia assiste la regione nell'individuazione e nello sviluppo di specifici sistemi di monitoraggio e valutazione delle tecnologie sanitarie, supportando la redazione di specifiche linee guida organizzative.

In particolare nel primo semestre dell'anno l'Agenas ha svolto le seguenti attività:

- analisi dell'ambiente decisionale regionale;
- analisi dell'architettura aziendale desunta dagli atti aziendali;
- allestimento della survey regionale sui processi aziendali di definizione del fabbisogno di tecnologie sanitarie e della relativa guida alla compilazione;
- supporto per la presentazione della survey ai referenti aziendali.

Per supportare l'avvio della survey sui processi aziendali è stata predisposta una scheda questionario e delle linee guida (cfr. [Allegati n. 33-34](#)) per la compilazione. Inoltre nel corso del semestre sono state avviate le seguenti attività:

- organizzazione di laboratori con personale regionale e Nucleo Tecnico Regionale;
- predisposizione di una modulistica di segnalazione e di valutazione di tecnologie da acquisire/dismettere.

Per consentire l'implementazione dell'HTA nelle strutture sanitarie della Regione, a supporto delle decisioni di politica sanitaria, è in corso di realizzazione un modello organizzativo della Rete intraregionale per il Technology Assessment con il supporto dei previsti laboratori di approfondimento.

Attività di ricerca

Sul versante della ricerca corrente e finalizzata nel corso del 1° semestre del 2012 l'Agenzia ha partecipato, sia in qualità di destinatario istituzionale che in qualità di unità operativa, ad una serie di progetti.

Progetto CCM “Valutazione della costo-efficacia di un programma di screening audiologico neonatale universale nazionale”.

Alla fine del mese di aprile 2012 si è conclusa la survey sullo “screening audiologico neonatale” rivolta ai centri nascita del territorio nazionale. Sono in lavorazione i dati raccolti con la survey alla quale sono pervenute circa 180 risposte.

È stata inviata al Ministero della Salute la Relazione del I semestre del II anno di attività del Progetto (cfr. [Allegato 35](#)).

Inoltre, sono state completate le attività di revisione della letteratura inerente i dati epidemiologici ed è stata completata la survey sui dati di contesto italiano.

In considerazione della copertura informativa insufficiente, soprattutto per quanto riguarda i dati di costo si è reso necessario richiedere una proroga del progetto.

Programma di ricerca integrato oncologico “Monitoraggio delle innovazioni nel campo dei farmaci oncologici”.

Il progetto si è concluso il 9 dicembre 2011. È in corso l'organizzazione dell'evento finale, in collaborazione con l'Agenzia sociale e sanitaria dell'Emilia Romagna.

Programma strategico “Sicurezza e Tecnologie sanitarie”- Progetto 4: “Problematiche connesse alle esposizioni da radiazioni ionizzanti di operatori e pazienti in radiologia interventistica”.

Nel corso del primo semestre 2012 è stata portata a termine la fase di raccolta dati presso i Centri aderenti alla survey. I 2 questionari sviluppati (“Scheda rilevazione dati apparecchiature in radiologia e cardiologia interventistica” e “Questionario per la valutazione dei costi della radioprotezione nelle attività di radiologia e cardiologia interventistica”) sono stati raccolti ed è stata conclusa anche la fase di analisi preliminare. Le elaborazioni sono state presentate in occasione di un incontro con i Centri partecipanti tenutosi presso l'ISS in data 30 Maggio 2012. Al termine dell'incontro sono state pianificate ulteriori attività di validazione dei dati ricevuti. La fase di elaborazione dati conclusiva è attualmente in corso.

L'attività di coordinamento delle UUOO procede senza problemi degni di nota. Non si evidenziano negatività, ritardi o criticità rilevanti. L'output della UO1 (produzione elaborato finale e disseminazione risultati) è previsto solo alla fine del Progetto (mese 23 – mese 24).

Progetto di ricerca finalizzata, anno 2009: “Methods for investments/disinvestments and distribution of health technologies in Italian Regions – MIDDIR”.

A causa del forte ritardo nell'approvazione del progetto da parte del Ministero, per non procrastinare ulteriormente l'avvio dei lavori, si è tenuta una web conference preliminare con le Unità Operative del Progetto in data 26 marzo, al fine di studiare il cronoprogramma di sviluppo dello stesso, che prevede la ricerca sulle metodologie di investimento e disinvestimento, partendo da una lista di tecnologie presenti nelle diverse realtà regionali e già individuata durante la stesura del Progetto stesso.

Sono in fase di firma le convenzioni che l'Agenas ha inviato alle Unità Operative. Dopo la firma da parte di tutte le Unità Operative si potranno avviare ufficialmente i lavori del Progetto.

Progetto Summer school per leader civici sull'Health Technology Assessment

Sono stati avviati i lavori del progetto Summer school. Cittadinanzattiva, in partnership con Agenas e SiHTA (Società Italiana di Health Technology Assessment) ha progettato un corso pilota di formazione rivolto a 25 leader di organizzazioni della cittadinanza attiva, con l'obiettivo di promuovere e aumentare la qualità della partecipazione dei cittadini nell'HTA tramite loro associazioni civiche.

Il corso si terrà la prima e l'ultima settimana di settembre 2012 (6-8 settembre e 27-29 settembre 2012). Il progetto su cui si basa il corso ha una durata di 6 mesi.

Il coinvolgimento degli stakeholder in generale e dei cittadini in particolare è considerato parte integrante dei processi di Health Technology Assessment. D'altra parte l'effettiva inclusione di questi “attori” e del loro punto di vista nei processi di valutazione è, generalmente, molto al di sotto del livello raccomandato. La finalità generale del progetto è quella di favorire l'implementazione di un modello italiano di coinvolgimento dei cittadini in tutto il ciclo di HTA, attraverso la realizzazione di un corso pilota di formazione di leader civici di organizzazioni di pazienti. In questo semestre, il 27 marzo, si è tenuta una prima riunione presso Cittadinanzattiva.

Agenas ha partecipato alla progettazione e agli indirizzi per la conduzione del corso tramite il Comitato direttivo (composto da Agenas, SiHTA e Cittadinanzattiva) e il gruppo di Coordinamento scientifico (composto da Cittadinanzattiva e Agenas). Agenas parteciperà, inoltre, ad alcune docenze durante il corso.

POAT (Progetto Operativo di Assistenza Tecnica)

10

Aspetti generali

Il POAT (Programma Operativo di Assistenza Tecnica) ha come obiettivo prioritario il rafforzamento di alcune specifiche competenze tecniche del personale regionale per mezzo di un affiancamento in loco da parte di tecnici Agenas. Gli ambiti generali di affiancamento (fabbisogni) sono stati individuati in fase progettuale in condivisione con le strutture delle regioni coinvolte. Tali fabbisogni sono stati, nella fase attuativa, rivisitati alla luce di eventuali intercorsi cambiamenti del contesto e tradotti in azioni e queste in prodotti da realizzare nel corso ed al termine del progetto.

Ai fini della ricerca della maggiore efficienza organizzativa, efficacia degli interventi ed uniformità metodologica, le attività, ove possibile, sono attuate utilizzando dei modelli comuni che consentono, sia un'economia di scala, sia la possibilità di mettere in comune e confrontare esperienze e prodotti tra strutture simili delle regioni interessate e porre le basi per una rete interregionale.

Metodologia

Tutte le attività sono svolte in strettissima collaborazione con le strutture regionali, utilizzando gruppi di lavoro "misti" composti da personale Agenas, esperti ester-

ni e personale regionale di livello dirigenziale e non. Detta metodologia, già ampiamente sperimentata in altre attività istituzionali di Agenas consente un incremento delle competenze del personale regionale affiancato graduale e duraturo. Al termine del POAT, il personale regionale dovrà aver acquisito, attraverso azioni di collaborazione attiva e coinvolgimento, le competenze necessarie per applicare autonomamente e routinariamente il know how utilizzato ed implementato nella fase di supporto operativo.

Piano di attuazione

L'articolazione del piano di attuazione tiene conto del complesso percorso di elaborazione di stesura effettuato attraverso una attenta analisi dei fabbisogni regionali con una prima attività svolta tra Regioni coinvolte ed Agenas nella sede del Ministero della Salute e successivi incontri dei coordinatori delle linee di attività Agenas e dei referenti regionali nelle regioni stesse. Questa seconda tipologia di incontri è stata particolarmente utile a meglio analizzare e contestualizzare (in alcuni casi anche in modo comparativo) i fabbisogni regionali, ad effettuare una prima analisi di fattibilità in relazione alle condizioni oggettive del contesto ed a definire con precisione le attività da svolgere, i prodotti da realizzare ed il relativo timing. Le attività POAT affidate all'Agenas sono sia di carattere trasversale riguardanti cioè tutte e quattro le Regioni convergenza, sia di carattere verticale mirate a supportare le problematiche più specifiche di ambito territoriale da realizzare nei riguardi di tre Regioni: Campania, Calabria e Sicilia. Al momento sono interessati all'affiancamento tecnico ben 234 tecnici regionali di vario livello e funzione.

Linee di intervento Trasversali (o Orizzontali)

Dall'analisi dei fabbisogni regionali effettuata nella fase di progettazione del POAT sono emerse alcuni macroambiti comuni su cui focalizzare prioritariamente le attività di supporto e assistenza tecnica; di queste le due seguenti sono state assegnate ad Agenas:

- A. Supporto allo svolgimento delle diverse fasi che accompagnano il ciclo della programmazione. Questa linea di intervento è volta essenzialmente ad agevolare il ciclo della programmazione degli interventi nel settore salute privilegiando un'ottica di approccio sistemico e focaliz-

zandosi su quegli aspetti particolari che le singole regioni, e ove necessario con il supporto di Agenas, hanno ritenuto più importanti, prioritari e fattibili.

- B. Supporto alla definizione e l'utilizzo di modelli e strumenti per integrare la VIS nella programmazione. Questa linea di intervento prevede di affiancare tutte e quattro le Regioni dell'obiettivo convergenza nell'elaborazione di un modello di Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS) da integrare nella programmazione sanitaria e non ai fini del perseguimento di uno sviluppo sostenibile dei territori. La VIS, quale strumento importante ma ancora pochissimo diffuso da utilizzare nell'ambito della programmazione, facilita e razionalizza l'adozione di decisioni consapevoli in merito ai rischi per la salute e dei benefici per la popolazione a seguito dell'introduzione di strutture non sanitarie.

211

Linee di intervento Regionali (o Verticali)

Agenas, sempre in coerenza con quanto previsto nell'accordo di collaborazione sottoscritto con il Ministero della Salute, sta realizzando le attività Verticali previste nel POAT in favore di tre delle quattro Regioni dell'Obiettivo convergenza: Calabria, Campania e Sicilia (la Puglia non ha scelto attività verticali assegnate ad Agenas). Tali attività hanno lo scopo di intervenire su alcuni particolari e specifici fabbisogni individuati nella fase progettuale del POAT. Successivamente nella fase iniziale delle attività di assistenza tecnica, utilizzando la metodologia precedentemente descritta per le attività trasversali, tali fabbisogni sono stati aggiornati e contestualizzati. Anche per le attività verticali è stato mantenuto e rafforzato l'approccio sistemico in termini di integrazione (ma non sovrapposizione) sia tra loro che con le altre attività POAT ed in particolare con la LT-1 Programmazione. Nello specifico tali attività sono:



Regione Calabria

Linea 1 - Supporto all'attuazione del Servizio Informativo Regionale

Linea 2 - Individuazione di modelli innovativi per la realizzazione di servizi di telemedicina.

Regione Campania

Linea 1 - Supporto allo sviluppo dei servizi di telemedicina.

Linea 2 - Supporto all'aggiornamento ed integrazione tra le basi informative esistenti;

Regione Sicilia

Linea 8 - Supporto all'analisi delle più diffuse metodologie di HTA

Tabella 6 : prospetto riepilogativo del Progetto

Titolo del progetto	Progetto Operativo di Assistenza Tecnica del Ministero della Salute (POAT Salute)		
Programma di riferimento	Programma operativo PON Governance e Assistenza Tecnica (FESR) 2007-2013 -Obiettivo Operativo II.4 “Rafforzamento delle strutture operative e delle competenze nella Pubblica Amministrazione”		
Area Obiettivo	Obiettivo I - Convergenza		
Priorità	10 - QSN “Governance, capacità istituzionali e mercati concorrenziali ed efficaci”		
Data stipula convenzione/contratto	11 maggio 2011		
termine del progetto	31 luglio 2013		
Budget	Euro 4.287.867		
Codice CUP	J71I10000030007		
Responsabile Unico dell'Attuazione	Quinto Tozzi	Dirigente Agenas	
Localizzazione geografica d'interesse del progetto	Regioni Obiettivo Convergenza: Calabria, Campania, Puglie, Sicilia		
Tipologia destinatari intervento	Amministrazioni Regionali		
Responsabile amministrativo del progetto	Laura Conti	Unità organizzativa: Agenas - Sezione Affari Generali e Personale	Sede: Roma

Tabella 7 : prodotti realizzati da POAT Agenas al 30.6.2012

	Unità di misura	Previsto nel POAT	Realizzati alla data del 30.06.2012
Giornate di Attività	n.	11.000	4.708,5
Studi, linee guida, documenti metodologici	n.	6	1. Linee Guida per lo studio della mobilità (Allegato 4 in formato elettronico nel CD allegato) 2. Censimento dei progetti di Telemedicina in Campania (Allegato 23 in formato elettronico nel CD allegato) 3. Report sullo stato attuale dei Sistemi Informativi della regione Calabria (Allegato 27)
Banche dati	n.	2	
Altro (Sito Web)	n.	2	Sito Web POAT Agenas

Analisi quantitativa e qualitativa

Le attività del POAT salute Agenas, nel 1° semestre 2012, sono state svolte in coerenza con il Piano Esecutivo. In particolare sono continuati gli incontri con le regioni ed è proseguito il programma di assistenza tecnica in loco.

Al fine di rendere ancora più penetrante e diffusiva l'azione di affiancamento è continuato anche in modo anche informale l'intenso scambio di contatti ed informazioni tra il gruppo di coordinamento di Agenas ed i responsabili delle singole linee di attività e soprattutto tra questi ultimi ed i gruppi di lavoro regionali. Parallelamente sono proseguite ed incrementate le attività di affiancamento in loco.

Soddisfacenti sono i risultati ottenuti in termini di partecipazione, personale regionale affiancato, attività in corso e prodotti ottenuti.

Da incrementare il numero e la percentuale delle giornate di assistenza tecnica in loco.

Fisiologicamente presenti anche le difficoltà incontrate nella esecuzione di alcune attività.

Ai fini di una più corretta interpretazione e una valutazione più oggettiva delle attività e dei risultati sin qui raggiunti e raggiungibili dal POAT Agenas è utile prendere nella giusta considerazione alcuni aspetti cruciali:

- Il complesso e non raramente problematico contesto regionale in cui il POAT si inserisce ed opera;
- la tipologia (sistemica o parcellare) dei fabbisogni espressi dalla regione da cui dipende la loro reale possibilità di incidere a livello sistemico, profondo e duraturo sulle problematiche regionali;
- la reale priorità operativa data alle attività POAT all'interno delle organizzazioni regionali;
- la reale fattibilità dei cambiamenti necessari al soddisfacimento dei fabbisogni e quindi al raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- il reale supporto dato alla realizzazione dei cambiamenti proposti dal POAT,
- le dinamiche interne, a volte complesse e problematiche, tra le diverse strutture regionali o all'interno delle stesse.

Ove tecnicamente possibile le linee di attività di Agenas adottano un modello di implementazione ed accrescimento delle competenze tecniche avente una base metodologica comune che consenta delle economie di scala in termini di tempo necessario a raggiungere gli obiettivi, prodotti simili e coerenti, linguaggio comune e dati confrontabili. Effetto non secondario di questo approccio è la costituzione di una rete trans regionale di esperti regionali che, volendo, consentirà di continuare lo scambio di conoscenza e l'implementazione di altre esperienze tra le regioni interessate anche al termine delle attività del POAT.

La presenza di un sito web dedicato per ogni linea di attività ove tutti i partecipanti ad una stessa linea si scambiano documenti, prodotti ed esperienze supporta e facilita sensibilmente lo scambio di conoscenza e la crescita tecnico culturale.

I numerosi incontri di coordinamento svolti presso le regioni, hanno avuto lo scopo di supportare, coordinare e verificare lo stato di avanzamento dei lavori program-

mati, di facilitare il superamento di impedimenti operativi contingenti e di valutare e condividere le attività svolte e i prodotti ottenuti.

Gli incontri si sono tenuti nelle seguenti date:

Calabria

1. Linea Trasversale 2 (VIS): 12 gennaio 2012
2. Linea Regionale 1 (Sistemi Informativi Regionali): 12 gennaio 2012
3. Linea Regionale 2 (Telemedicina): 6 marzo 2012
4. Linea Trasversale 2 (VIS): 28 marzo 2012
5. Linea Regionale 2 (Telemedicina): 5 aprile 2012
6. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 17 aprile 2012
7. Linea Trasversale 2 (VIS): 20 aprile 2012
8. Tutte le linee di Intervento: 3 maggio 2012
9. Tutte le linee di Intervento: 9 maggio 2012
10. Linea Trasversale 2 (VIS): 22 maggio 2012
11. Linee Regionali (Sistemi Informativi/Telemedicina): 30 maggio 2012
12. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 31 maggio 2012
13. Linea Trasversale 2 (VIS): 11 giugno 2012
14. Linea Regionale 2 (Telemedicina): 12 giugno 2012
15. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 21 giugno 2012

Campania

16. Linea Regionale 2 (Sistemi Informativi Regionali): 11 gennaio 2012
17. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 19 gennaio 2012
18. Linea Trasversale 2 (VIS): 26 gennaio 2012
19. Linea Regionale 1 (Telemedicina): 26 gennaio 2012
20. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 1 febbraio 2012
21. Linea Regionale 1 (Telemedicina): 2 febbraio 2012
22. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 5 marzo 2012
23. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 6 marzo 2012
24. Linea Regionale 1 (Telemedicina): 7 marzo 2012

- 25. Linea Trasversale 2 (VIS): 19 marzo 2012
- 26. Linea Regionale 1 (Telemedicina): 20 marzo 2012
- 27. Tutte le linee di Intervento: 2 aprile 2012
- 28. Linea Regionale 1 (Telemedicina): 3 aprile 2012
- 29. Linea Regionale 1 (Telemedicina): 13 aprile 2012
- 30. Linea Regionale 1 (Telemedicina): 17 aprile 2012
- 31. Linea Regionale 1 (Telemedicina): 24 aprile 2012
- 32. Linea Trasversale 2 (VIS): 27 aprile 2012
- 33. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 9 maggio 2012
- 34. Linea Regionale 1 (Telemedicina): 11 maggio 2012
- 35. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 15 maggio 2012
- 36. Linea Trasversale 2 (VIS): 21 maggio 2012
- 37. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 24 maggio 2012
- 38. Linea Regionale 1 (Telemedicina): 28 maggio 2012
- 39. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 4 giugno 2012
- 40. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 8 giugno 2012
- 41. Linea Regionale 1 (Telemedicina): 11 giugno 2012
- 42. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 12 giugno 2012
- 43. Linea Regionale 1 (Telemedicina): 14 giugno 2012
- 44. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 20 giugno 2012
- 45. Linea Regionale 1 (Telemedicina): 25 giugno 2012
- 46. Linea Trasversale 2 (VIS): 25 maggio 2012
- 47. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 25 giugno 2012
- 48. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 27 giugno 2012

Sicilia

- 49. Linea Trasversale 2 (VIS): 17 febbraio 2012
- 50. Linea Regionale 8 (HTA): 23 febbraio 2012
- 51. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 3 aprile 2012
- 52. Linea Trasversale 2 (VIS): 16 aprile 2012
- 53. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 20 aprile 2012

- 54. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 27 aprile 2012
- 55. Linea Trasversale 2 (VIS): 15 maggio 2012
- 56. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 21 maggio 2012
- 57. Linea Regionale 8 (HTA): 5 giugno 2012
- 58. Linea Regionale 8 (HTA): 6 giugno 2012
- 59. Linea Trasversale 2 (VIS): 12 giugno 2012
- 60. Linea Regionale 8 (HTA): 15 giugno 2012 (Presentazione survey sulle tecnologie biomediche)
- 61. Linea Trasversale 2 (VIS): 19 giugno 2012
- 62. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 20 giugno 2012

Puglia:

- 63. Linea Trasversale 2 (VIS): 8 febbraio 2012
- 64. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 13 febbraio 2012
- 65. Linea Trasversale 1 (Programmazione): 28 giugno 2012
- 66. Linea Trasversale 2 (VIS): 28 giugno 2012

Incontri di coordinamento presso Agenas

- 67. Tutte le Regioni Linea Trasversale 2 (VIS): 8 febbraio 2012
- 68. Tutte le Regioni Linea Trasversale 2 (VIS): 8 marzo 2012
- 69. Tutte le Regioni Linea Trasversale 1 (Programmazione): 20 marzo 2012
- 70. Tutte le Regioni Linea Trasversale 1 (Programmazione): 27 marzo 2012
- 71. Tutte le Regioni Linea Trasversale 1 (Programmazione): 2 aprile 2012
- 72. Tutte le Regioni Linea Trasversale 1 (Programmazione): 12 aprile 2012
- 73. Calabria/Campania Linea Regionale (Telemedicina): 25 maggio 2012
- 74. Calabria/Campania Linea Regionale (Telemedicina): 15 giugno 2012
- 75. Calabria/Campania Linea Regionale (Telemedicina): 18 giugno 2012
- 76. Calabria/Campania Linea Regionale (Telemedicina): 19 giugno 2012
- 77. Calabria / Campania Linea Regionale (Telemedicina): 26 giugno 2012

Il numero di giornate di assistenza tecnica è stato elevato pur se ancora con una sproporzione tra le giornate effettuate in loco e quelle non in loco. Il trend di incremento delle giornate in loco è in evidente e progressiva crescita.

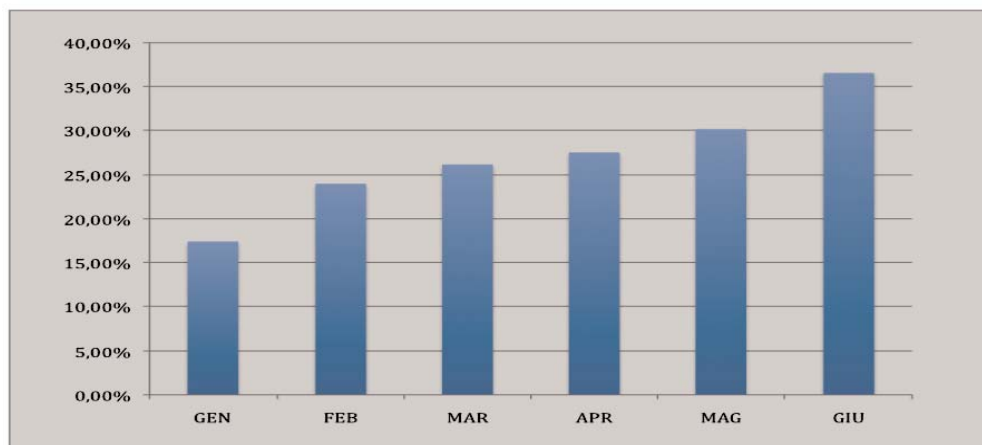
Tabella 8 : Giornate di AT suddivise per trimestre

	2011	1° Trimestre 2012	2° Trimestre 2012	totale gg Agenas
centrali				-
trasversali	1191	796	1107,5	3.094,5
trasversali in loco*		57	130	187
regionali	297	684	633	1.614
regionali di cui in loco*	156	267	458	881
Agenas	1488	1480	1740,5	4.708,5

Tabella 9: Valore medio delle giornate di AT

Giornate totali Agenas al: 30-6-12	4708	100%
Giornate totali <u>non</u> in loco al: 30-6-12	3640	77,40%
Giornate totali <u>in loco</u> al: 30-6-12	1068	22,60%

Figura 1: Andamento percentuale mensile delle giornate di AT in loco nel primo semestre 2012.



219

Le giornate complessive erogate da Agenas alla fine del secondo trimestre 2012 sono state 4708,5. (Tabella 1).

Di queste 1068 (pari al 22,6%) in loco e 3640 (pari al 77,4%) non in loco.

Il numero di giornate in loco è ancora ridotto e, specularmente, il numero di quelle non in loco è eccessivo.

E' in corso di attuazione un intervento mirato per correggere la situazione.

A questo riguardo la Figura 1 mostra l'andamento temporale mensile delle giornate in loco del primo semestre 2012 in cui si osserva un costante e significativo incremento che porterà nell'arco di tempo previsto a raggiungere il corretto rapporto tra le due sedi di attività.

Le attività e le proiezioni per i prossimi trimestri verranno dettagliate nel "Piano Esecutivo Annuale" che verrà consegnato al MdS entro il 15 settembre 2012.

Il personale tecnico e di supporto amministrativo Agenas che effettua attività di assistenza tecnica al momento è di 37 unità con percentuale variabile di impegno sul POAT.

Tabella 10 : Personale tecnico e di supporto amministrativo Agenas al 30.6.2012

Consulenti POAT Agenas				
	Cognome	Nome	Linee di intervento	Regioni
1	CISLAGHI	CESARE	Coordinatore LT1 - Programmazione	Tutte
2	ARENA	VALENTINA	LT1 - Programmazione	Tutte
3	GIULIANI	FRANCESCA	LT1 - Programmazione	Tutte
4	OLIVADOTI	SIMONA	LT1 - Programmazione	Tutte
5	GIORDANA	ROBERTA	LT1 - Programmazione	Campania
6	DI MARTINO	MARIO	LT1 - Programmazione	Campania
7	DI MARTINO	PAOLA	LT1 - Programmazione	Campania
8	SCOGNAMIGLIO	ANNUNZIATA	LT1 - Programmazione	Campania
9	LIVA	CARLO	LT1 - Programmazione	Sicilia
10	DI STANISLAO	FRANCESCO	Coordinatore LT2 - Valutazione di impatto sanitario	Tutte
11	FULVI	SELENE MARIA	LT2 - Valutazione di impatto sanitario	Tutte
12	DRAGHI	ELISA	LT2 - Valutazione di impatto sanitario	Tutte
13	BERT	FABRIZIO	LT2 - Valutazione di impatto sanitario	Tutte
14	GUALANO	MARIA ROSA- RIA	LT2 - Valutazione di impatto sanitario	Tutte
15	SILIQVINI	ROBERTA	LT2 - Valutazione di impatto sanitario	Tutte
16	SANTORO	MICHELE	LT2 - Valutazione di impatto sanitario	Campania
17	CHIODINI	PAOLO	LT1 - LT2	Campania
18	PETRELLA	GIOVANNA	LT1 - LT2	Campania
19	DE LISO	MARIA	LT1 - LT2	Campania

20	NASTI	FAUSTA	LT1 - LT2	Campania
21	ROSSI MORI	ANGELO	Coordinatore Telemedicina	Campania - Calabria
22	VERBICARO	RITA	Telemedicina	Campania - Calabria
23	CONTENTI	MARIANGELA	Telemedicina	Campania - Calabria
24	TAMBURIS	OSCAR	Telemedicina	Campania - Calabria
25	MERCURIO	GREGORIO	Telemedicina	Campania - Calabria
26	DITTA	GUIDO VINCENZO	Telemedicina	Calabria
27	BELLIA	CHIARA	Sistemi informativi regionali	Campania - Calabria
28	BRESSI	MARCO	Sistemi informativi regionali	Campania - Calabria
29	CERBO	MARINA	Coordinatore Health Technology Assessment (HTA)	Sicilia
30	VELARDI	LAURA	Health Technology Assessment (HTA)	Sicilia
31	JEFFERSON	THOMAS	Health Technology Assessment (HTA)	Sicilia
32	RICCOBONO	FRANCESCA	Health Technology Assessment (HTA)	Sicilia
33	PATRICOLA	PIETRO	Health Technology Assessment (HTA)	Sicilia
34	CARBONE	SIMONA	Coordinatore Regionale	Calabria
35	ROSSI	ANGELO GIOVANNI	Coordinatore Regionale	Campania
37	CALCO'	BASILIO B. M.	Supporto al coordinamento	Tutte
38	SANSOLINI	TECLA	Supporto al coordinamento	Tutte
36	CONTI	LAURA	Coordinatore Amministrativo	Tutte
37	TOZZI	QUINTO	Coordinatore Unico	Tutte

Il personale regionale affiancato è al momento pari a 234 unità distribuito come descritto nella Tabella C e dettagliato nel documento allegato (cfr All.Poat n.1). 7

Tale numero potrebbe essere destinato a crescere in base all'evolvere ulteriore delle attività di AT ed alle dinamiche dei gruppi di lavoro. La a volte disforme distribuzione nelle varie linee dipende in parte dalla tipologia della linea, dal turnover del personale regionale ed in parte dalla messa a disposizione delle regioni di personale da affiancare. Agenas si è sempre resa disponibile ad estendere il più possibile tale numero.

Nel corso del semestre considerato, sono state periodicamente effettuate nella sede di Agenas riunioni tra il Coordinatore Agenas ed i responsabili delle singole linee di attività al fine di integrare al meglio le attività e strutturare azioni per superare i problemi emersi.

Paralleli e sistematici contatti per mail, telefono o personalmente in loco sono avvenuti tra il coordinatore Agenas ed i referenti regionali delle linee di attività.

Sempre più sistematicamente utilizzato è il sito web POAT Agenas nelle sue cinque suddivisioni (Programmazione, VIS, Sistemi Informativi, telemedicina e HTA).

Tabella11 : Personale regionale affiancato alla fine del secondo trimestre 2012

	PROGRAMMA	VIS	TELEMED	SIR	HTA	totale
Calabria	22	14	12	21		69
Campania	31	14	12	14		71
Puglia	11	9				20
Sicilia	41	28			5	74
totale	105	65	24	35	5	234

Attività Trasversali

Linea Trasversale 1 (Programmazione)

Le attività della Linea Trasversale 1 (Programmazione) sono normalmente in corso di svolgimento nelle Regioni Campania, Calabria, Sicilia. Solo recentemente è stato possibile effettuare un secondo incontro organizzativo con la Regione Puglia per le uniche due linee attivate: Programmazione e VIS in cui sono stati presi impegni per il prosieguo intenso delle attività.

Regione Calabria

così come definite nel semestre precedente sono state in parte rivisitate nel corso della riunione del giorno 17 aprile 2012, svolta presso gli uffici della Regione Calabria. Nel corso dell'incontro sono emerse alcune criticità in relazione alla fattibilità di alcuni punti espressi in precedenza e di nuove esigenze del contesto. Tenuti salvi gli obiettivi che sono stati oggetto dei laboratori sono stati necessari ulteriori due incontri per riuscire a definire più in dettaglio le attività, gli obiettivi, e per produrre i primi lavori. L'incontro del 31 maggio 2012, svolto sempre presso gli uffici della Regione Calabria, è servito per analizzare e discutere ancora più analiticamente i fabbisogni regionali e giungere alla ridefinizione delle attività e dei relativi prodotti in modo puntuale. Le attività sono state così definite:

- monitoraggio ed analisi del contesto esistente nel settore della salute e osservazione dei fabbisogni territoriali;
- analisi determinanti della mobilità: modelli di analisi della deprivazione territoriale e prospettive di offerta sanitaria in applicazione del piano di rientro;
- costruzione batteria di indicatori; Prevenzione-territorio-ospedale; Atlante sanitario: mortalità e ricoveri; Supporto all'implementazione del registro nominale di cause di morte;
- relazione sanitaria regionale;
- supporto al rafforzamento delle capacità di progettazione e conduzione di progetti sulla valutazione dello stato di salute e appropriatezza dell'assistenza;

- supporto alla valutazione dell'impatto delle case della salute sul territorio e la trasformazione dei sistemi di erogazione sanitaria;
- supporto tecnico specifico alla SUA.

Attività svolte: (cfr. All. Poat n. 2)

Il gruppo di lavoro ha definito per ogni attività un protocollo operativo. È stato quindi individuato per ogni attività: il responsabile, le fasi logiche del processo, l'unità territoriale di analisi, la metodologia di analisi, la specifica delle fonti informative (dati) da utilizzare, i tempi di elaborazione e analisi dei risultati e i prodotti che si intendono ottenere.

E' quasi terminata l'analisi delle ulteriori professionalità da aggiungere a quelle attualmente disponibili per l'affiancamento tecnico.

- Per quanto riguarda il "Monitoraggio e l'analisi del contesto esistente nel settore della salute e osservazione dei fabbisogni territoriali". Il gruppo di lavoro una volta predisposto il protocollo operativo, ha individuato i flussi regionali effettivamente disponibili e ha selezionato le variabili principali da considerare per linkare tra loro i flussi informativi.
- Per quanto riguarda "Analisi dei determinanti della mobilità: modelli di analisi della deprivazione territoriale e prospettive di offerta sanitaria in applicazione del piano di rientro" il gruppo una volta definito il protocollo ha elaborato delle linee guida per lo studio della mobilità.
- Per quanto riguarda la "Costruzione batteria di indicatori; Prevenzione-territorio-ospedale; Atlante sanitario: mortalità e ricoveri; Supporto all'implementazione del registro nominale di cause di morte" il gruppo di lavoro ha ritenuto che al fine di poter gestire la complessità dei flussi informativi si rende indispensabile progettare un sistema che sia in grado di accedere alle diverse sorgenti informative interne ed esterne potendone integrare i contenuti.

Attività in corso: (cfr. All.Poat n. 2)

- Per quanto riguarda il “Monitoraggio e l’analisi del contesto esistente nel settore della salute e osservazione dei fabbisogni territoriali” il gruppo sta elaborando un primo link tra database. A partire dai flussi disponibili sono state selezionate le variabili principali e si sta provvedendo a linkare tra loro l’Anagrafica con gli altri flussi informativi. E’ previsto che il gruppo entro il mese di agosto elabori un primo linkage tra anagrafe (cognome nome, età comune residenza, sesso, medico di base), e: MORTALITA’ (data del decesso), SDO (numero ricoveri ordinari, giornate di degenza, numero day hospital, numero accessi, sommatoria tariffe), SPECIALISTICA (numero laboratorio, numero diagnostica per immagine, numero visite ambulatoriali, sommatoria tariffe) ESENZIONI E TICKET (con rispettive somme tariffarie), FARMACI (numero ricette, numero farmaci, esenzioni/ticket, prezzo lordo) PRONTO SOCCORSO.
- Per quanto riguarda “Analisi determinanti della mobilità: modelli di analisi della deprivazione territoriale e prospettive di offerta sanitaria in applicazione del piano di rientro” si stanno elaborando i dati di mobilità passiva ospedaliera della regione Calabria. Partendo dal sistema DRG versione 24.0 del 2007 attualmente in uso per quantificare economicamente le attività di ricovero si sta analizzando la mobilità per DRG, quindi si sta quantificando il numero dei ricoveri fuori regione per raggruppamento omogeneo di diagnosi.
- Per quanto riguarda la “Costruzione batteria di indicatori; Prevenzione-territorio-ospedale; Atlante sanitario: mortalità e ricoveri; Supporto all’implementazione del registro nominale di cause di morte” si stanno analizzando alcuni sistemi di Atlante Sanitario dinamico (es. sistema Alehoo).
- Per quanto riguarda la “Relazione sanitaria regionale” si sta procedendo ad una analisi della letteratura.

Prodotti realizzati: (cfr. All.Poat n. 2)

- Protocollo operativo (All. n. 3: in formato elettronico nel CD allegato)
- Linee Guida per lo studio della mobilità (All. n. 4 in formato elettronico nel CD allegato)
- Bibliografia sulla Deprivazione (All. n. 5 in formato elettronico nel CD allegato)
- UAO Regione Calabria (All. n. 6 in formato elettronico nel CD allegato)
- Analisi della deprivazione come determinante della domanda sanitaria (All. n. 7 in formato elettronico nel CD allegato).

Regione Campania:

nel corso del secondo semestre sono continuate le diverse attività al fine di supportare il ciclo della programmazione nella Regione Campania. Ed in particolare:

- Studio delle prevalenze di patologie croniche sul territorio Regionale, sia in funzione della spesa sostenuta per tipologia di prestazioni, sia in funzione di flussi di mobilità extra e intra regionali finalizzata alla programmazione dei relativi interventi;
- Individuazione di criteri integrativi e sostitutivi alla sola spesa storica per la definizione dei fabbisogni di prestazioni sanitarie e sociosanitarie per la lungo assistenza e il mantenimento;
- Alimentazione di una banca dati per la valutazione sistematica dell'assorbimento di farmaci per patologie prevalenti sia in ambito ospedaliero che territoriale. Analisi della spesa e delle procedure per tipologia di ausili protesici a livello aziendale e/o distrettuale;
- Analisi del ruolo dell'età e della deprivazione quali determinanti del fabbisogno di tutela e promozione della salute e sulla dotazione del FSR;
- Predisposizione di sistemi di valutazione.

Il gruppo di lavoro ha in seguito definito per ogni attività un protocollo operativo. È stato quindi individuato per ogni attività: il responsabile dell'attività, le fasi logiche

del processo, l'unità territoriale di analisi, la metodologia di analisi, la specifica delle fonti informative (dati) da utilizzare, i tempi di elaborazione e analisi dei risultati e i prodotti che si intendono ottenere.

Attività svolte: (cfr.All. Poat n. 8)

- Per quanto riguarda lo “Studio delle prevalenze di patologie croniche sul territorio Regionale, sia in funzione della spesa sostenuta per tipologia di prestazioni, sia in funzione di flussi di mobilità extra e intra regionali finalizzata alla programmazione dei relativi interventi” il gruppo di lavoro una volta predisposto il protocollo, ha ipotizzato di concentrarsi su quattro/cinque patologie croniche e di suddividere il lavoro in tre macro-fasi: una prettamente epidemiologica, una più focalizzata sull'analisi dei costi e un'altra finalizzata allo studio dei flussi migratori. Il gruppo ha inoltre elaborato una metodologia (linee guida) per lo studio della mobilità.
- Per quanto riguarda “L'individuazione di criteri integrativi e sostitutivi alla sola spesa storica per la definizione dei fabbisogni di prestazioni sanitarie e sociosanitarie per la lungo assistenza e il mantenimento” il gruppo una volta definito lo scopo specifico dell'attività, ossia l'analisi dei consumi degli over 70 anni residenti e predisposto il protocollo operativo, ha iniziato a lavorare sulla banca dati assistiti, rilevante come punto di partenza per le elaborazioni future. L'obiettivo è quello di individuare indicatori omogenei per Azienda Sanitaria e per i Distretto tali da consentire una offerta uniforme sul territorio regionale in relazione al bisogno, in particolare per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie di mantenimento. La popolazione di riferimento è la popolazione anziana.
- Per quanto riguarda “Alimentazione di una banca dati per la valutazione sistematica dell'assorbimento di farmaci per patologie prevalenti sia in ambito ospedaliero che territoriale” il gruppo ha studiato la fattibilità di arrivare a determinare il pro-capite della spesa farmaceutica corretta per fattori di rischio. Ha prodotto così un protocollo operativo indicando i vari step del lavoro. Si è deciso di approfondire la tematica dei consumi farmaceutici ospedalieri ed

in particolare di verificare se tali consumi, orientati ai ricoveri, siano più o meno proporzionali all'attività svolta. Si ha la necessità di definire e sperimentare una metodologia per l'analisi dell'assorbimento di farmaci per DRG finalizzata all'adozione di provvedimenti di programmazione della spesa farmaceutica e di eventuali manovre correttive.

- Per quanto riguarda “Analisi del ruolo dell’età e della deprivazione quali determinanti del fabbisogno di tutela e promozione della salute e sulla dotazione del FSR” il gruppo, una volta definiti i vari step del lavoro, ha prodotto un approfondimento di letteratura a livello sia nazionale che internazionale, sul tema della deprivazione. Data la fattibilità, i passi successivi riguarderanno l’elaborazione di un indice di deprivazione per comune che utilizzerà i dati comunali ed eventualmente un confronto con alcuni indici già consolidati (es. indice di Caranci).
- Per quanto riguarda la “Predisposizione di sistemi di valutazione” il gruppo di lavoro si è concentrato principalmente sullo scopo della valutazione che si vuole effettuare e sulle possibili dimensioni da considerare. Per iniziare è stata prodotta una bibliografia. In questa attività sono emerse alcune criticità sulla progettualità del lavoro, infatti non si dispone ancora di un protocollo di lavoro definitivo. L’argomento è stato affrontato partendo dal concetto stesso di valutazione per poi discutere sulle dimensioni che si intendono valutare, sugli eventuali indicatori da scegliere, su come sarebbe possibile giungere ad indicatori sintetici e su come legare la valutazione alle decisioni programmatiche.

Attività in corso: (cfr. All. Poat n. 8)

- Per quanto riguarda lo “Studio delle prevalenze di patologie croniche sul territorio Regionale, sia in funzione della spesa sostenuta per tipologia di prestazioni, sia in funzione di flussi di mobilità extra e intra regionali finalizzata alla programmazione dei relativi interventi” si stanno elaborando i dati di mobilità passiva ospedaliera. Partendo dal sistema DRG versione 24.0 del 2007

attualmente in uso per quantificare economicamente le attività di ricovero si sta analizzando la mobilità per DRG. Si sta quantificando il numero dei ricoveri fuori regione per raggruppamento omogeneo di diagnosi.

- Per quanto riguarda “Individuazione di criteri integrativi e sostitutivi alla sola spesa storica per la definizione dei fabbisogni di prestazioni sanitarie e sociosanitarie per la lungo assistenza e il mantenimento” si sta analizzando la letteratura e ricercando alcuni casi regionali nei quali vi sia un’applicazione di criteri aggiuntivi rispetto alla sola spesa storica. Inoltre si stanno analizzando gli aspetti economici, con particolare attenzione ai costi, della popolazione anziana.
- Per quanto riguarda “Alimentazione di una banca dati per la valutazione sistematica dell’assorbimento di farmaci per patologie prevalenti sia in ambito ospedaliero che territoriale” si stanno verificando e analizzando le fonti informative, quindi le banche dati e i flussi informativi nazionali, regionali e aziendali esistenti in materia di rilevazione di dati ed informazioni relative alla spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale (quantità e valorizzazione) e degli ausili protesici.
- Per quanto riguarda “Analisi del ruolo dell’età e della deprivazione quali determinanti del fabbisogno di tutela e promozione della salute e sulla dotazione del FSR” il gruppo sta lavorando sulla raccolta dei dati. Sta individuando i flussi informativi e i dati che si hanno o si possono avere a disposizione al fine effettuare rilevazioni e misurazioni sulla deprivazione.
- Per quanto riguarda la “Predisposizione di sistemi di valutazione” il gruppo di lavoro sta dettagliando maggiormente il progetto circoscrivendo il campo di azione per meglio specificare il livello di analisi.

Prodotti realizzati: (cfr. All. Poat n. 8)

- Protocollo operativo (in allegato lo schema che la Regione ha compilato) (All. n. 9 in formato elettronico nel CD allegato).
- Linee Guida per lo studio della mobilità (All. n. 4 in formato elettron-

ico nel CD allegato).

- Bibliografia sulla Deprivazione (All. n. 5 in formato elettronico nel CD allegato).
- *Bibliografia sui sistemi di Valutazione della Performance* (All. n. 10).

Regione Puglia:

il giorno 28 giugno 2012 sono riprese le attività regionali per la LT-1 presso gli uffici della Regione Puglia. Tali attività sono state così definite:

1. Analisi del ruolo dell'età e della deprivazione quali determinanti del fabbisogno di tutela e promozione della salute.
2. Studio della mobilità extra ed intra regionale sia passiva che attiva.
3. Integrazione dei flussi informativi (record linkage – BDA).
4. Governo e gestione regionale degli acquisti nelle aziende sanitarie.
5. Esiti.

Il gruppo di lavoro sta terminando di definire per ogni attività un protocollo operativo. Per ogni attività si sta inoltre individuando: il responsabile dell'attività, le fasi logiche del processo, l'unità territoriale di analisi, la metodologia di analisi, la specifica delle fonti informative (dati) da utilizzare, i tempi di elaborazione e analisi dei risultati e i prodotti che si intendono ottenere.

Attività svolte: (cfr. All. Poat n. 11)

- Per quanto riguarda lo “Studio della mobilità extra ed intra regionale sia passiva che attiva” il gruppo ha elaborato delle linee guida per lo studio della mobilità. Ciò è stato possibile anche grazie alla partecipazione al laboratorio “sull’analisi dei dati di mobilità e loro scomposizione nelle diverse sue componenti” svoltosi il giorno 27 marzo presso gli uffici di Agenas, utilizzando la metodologia utilizzata da tutte e tre le altre regioni POAT coinvolte.
- Per quanto riguarda lo “Analisi del ruolo dell'età e della deprivazione quali determinanti del fabbisogno di tutela e promozione della salute” Il gruppo di lavoro una volta definiti i vari step del

lavoro, ha prodotto un approfondimento di letteratura e delle prime elaborazioni a livello sia nazionale che internazionale, sul tema della deprivazione.

Attività in corso: (cfr.All. Poat n. 11)

- Per quanto riguarda lo “Analisi del ruolo dell’età e della deprivazione quali determinanti del fabbisogno di tutela e promozione della salute” il gruppo sta procedendo alle analisi sulla deprivazione.
- Per quanto riguarda lo “Studio della mobilità extra ed intra regionale sia passiva che attiva” Il gruppo sta elaborando delle linee guida per lo studio della mobilità. Ciò è stato possibile anche grazie alla partecipazione al laboratorio “sull’analisi dei dati di mobilità e loro scomposizione nelle diverse sue componenti” svoltosi il giorno 27 marzo presso gli uffici di Agenas, che ha messo a punto una metodologia comune condivisa da tutte e quattro le regioni coinvolte.
- Per quanto riguarda “l’integrazione dei flussi informativi (record linkage – BDA) ” Il gruppo di lavoro ha avanzato delle ipotesi sul possibile utilizzo di questo strumento.
- Per quanto riguarda il “Governo e gestione regionale degli acquisti nelle aziende sanitarie” il gruppo di lavoro ha espresso l’esigenza specifica di stimare il fabbisogno che induce l’acquisto e quindi individuare i processi che dovrebbero essere mettere in atto per quantizzare quanto acquistare.
- Per quanto riguarda l’attività “Esiti” Il gruppo di lavoro deve definire in modo più dettagliato le attività e verificarne ulteriormente la fattibilità.

Prodotti realizzati: (cfr, All. Poat n. 11)

- Linee Guida per lo studio della mobilità (All. n. 4 in formato elettronico nel CD allegato)
- Bibliografia sulla Deprivazione (All. n. 5 in formato elettronico nel

CD allegato)

- Analisi dei dati dell'indagine multiscopo Istat 2010 relativa ai determinanti socio economici della salute e della domanda sanitaria (All. n. 7 in formato elettronico nel CD allegato).

Regione Sicilia:

in data 20 aprile 2012, sono stati analizzati e discussi i fabbisogni regionali. Nonostante l'incontro abbia permesso di definire le attività in modo puntuale è stata necessaria una ulteriore riunione, al fine di discutere e analizzare alcuni aspetti maggiormente complessi. L'incontro si è tenuto il giorno 21 maggio 2012 sempre presso gli uffici della Regione Sicilia. Le attività da svolgere sono state così definite:

1. Analisi dei fabbisogni delle popolazioni disagiate e studio delle determinanti;
2. Mobilità e Ticket;
3. Banca Dati Assistito.
4. Liste di attesa

Attività svolte: (cfr. All. Poat n. 12)

- Per quanto riguarda "Analisi dei fabbisogni delle popolazioni disagiate e studio delle determinanti" il gruppo di lavoro studiando l'andamento dei tassi dell'ospedalizzazione in relazione all'indice ha prodotto un protocollo operativo. Ad oggi è inoltre stata effettuata un'analisi della letteratura sulla deprivazione. Questo è stato possibile anche grazie alla partecipazione al laboratorio svoltosi presso gli uffici di Agenas il giorno 20 marzo 2012, infatti il lavoro è frutto di una collaborazione tra le regioni aderenti al Poat. Il gruppo di lavoro ha inoltre deciso di studiare lo sviluppo di un indice di deprivazione, da utilizzare per esempio per studi di mortalità. Il gruppo di lavoro si è anche soffermato a riflettere sull'associazione riscontrata tra aumento della deprivazione ed aumento dei consumi.
- Per quanto riguarda "Mobilità e Ticket" il gruppo di lavoro ha prodot-

to un protocollo operativo. Il gruppo vorrebbe anche approfondire se si tratta di “vera” mobilità oppure se siamo di fronti a residenti al di fuori della regione. Inoltre, potrebbe essere interessante analizzare la mobilità intra-regionale. In merito a ciò il gruppo di lavoro ha prodotto, in collaborazione con le altre regioni partecipanti al programma POAT, una metodologia per lo studio dei flussi migratori. Ciò è stato possibile anche grazie alla partecipazione al laboratorio del 27 marzo tenutosi presso gli uffici di Agenas.

- Per quanto riguarda “Banca Dati Assistito” il gruppo predisposto ha avanzato delle ipotesi sul possibile utilizzo di questo strumento. L’analisi anche in questo caso deve essere finalizzata a fornire un supporto alla programmazione e dovrebbe guardare ai rapporti pubblico-pubblico, pubblico-privato, territorio-ospedale, hub and spoke; eventualmente differenziando anche per ambulatori.
- Per quanto riguarda le “Liste di attesa” l’attività è stata chiesta nel marzo 2012 per far fronte ad un nuovo e specifico fabbisogno regionale; le attività stanno procedendo regolarmente ed è in corso una rilevazione a livello delle Aziende sanitarie regionali.

Attività in corso: (cfr. All. Poat n. 12)

- Per quanto riguarda “Analisi dei fabbisogni delle popolazioni disagiate e studio delle determinanti” il gruppo sta elaborando un indice di deprivazione adatto a studiare la realtà siciliana. Sta inoltre studiando dei metodi che mettano in relazione la deprivazione con i consumi. In termini generali si sta operando una distinzione tra indici individuali ed indici collettivi.
- Per quanto riguarda “Mobilità e tickets” si stanno elaborando i dati di mobilità passiva ospedaliera della regione Sicilia. Si sta quantificando il numero dei ricoveri fuori regione per raggruppamento omogeneo di diagnosi.
- Per quanto riguarda la “Banca Dati Assistito” il gruppo sta elaborando un primo link tra tutti i database compreso quello della farmaceutica (file F); produrre un grande tabellone con le variabili essenziali

NAR SDO prestazioni ambulatoriali/specialistica, farmaceutica solo su un anno in modo da verificarne la fattibilità.

- Per quanto riguarda le *“Liste di attesa”* è stato rapidamente costituito un gruppo di lavoro che ha prodotto sia una bozza di Piano per il miglioramento dei tempi di attesa e una metodologia di analisi del problema a livello regionale tramite un questionario telefonico per i CUP e una check list già sottoposta alle Aziende sanitarie regionali ed i cui risultati sono in fase di raccolta ed elaborazione.

Prodotti realizzati: (cfr. All. Poat n. 12)

- Protocollo operativo (All. n. 3 in formato elettronico nel CD allegato)
- Linee Guida per lo studio della mobilità (All. n. 4 in formato elettronico nel CD allegato)
- Bibliografia sulla Deprivazione (All. n. 5 in formato elettronico nel CD allegato)
- Elaborazione dei dati della Indagine Istat per individuare le relazioni tra salute, accesso alle prestazioni e situazioni socio economiche degli assistibili (All. n.7 in formato elettronico nel CD allegato).
- Questionario telefonico e Checklist per la valutazione dei tempi di attesa già somministrati alle Aziende sanitarie. (All. n. 13 in formato elettronico nel CD allegato)

Linea Trasversale 2 (VIS)

Le attività sono iniziate in tutte le regioni sviluppandosi in modo piuttosto omogeneo in Campania, Calabria e Sicilia; la Puglia dopo un periodo di difficoltà ha ripreso recentemente le attività e potrà utilizzare il materiale e l'esperienza già maturata nelle altre regioni e recuperare il gap temporale.

Le attività della VIS, come già espresso, sono del tutto peculiari in quanto non esistono esperienze nazionali che abbiano un simile approccio regionale; è quindi stato possibile proporre alle regioni POAT un modello di implementazione e svi-

luppo avente basi comuni ma con una forte contestualizzazione e connotazione regionale. Dopo la fase di analisi della letteratura sono attualmente in fase di definizione e stesura le linee guida contestualizzate del modello VIS Calabria, Campania, Sicilia.

Da mettere in evidenza che questa esperienza per l'originalità di approccio e di modello è stata colta anche a livello internazionale essendo stata accettata la descrizione della fase iniziale dell'esperienza come paper al prossimo Congresso europeo di sanità pubblica.

Tutto il materiale della VIS è disponibile nell'apposita sezione del sito web POAT Agenas.

Regione Calabria

Attività svolte: (cfr.All. Poat n.14)

- Briefing con il referente Regionale e suoi collaboratori per la condivisione del planning di lavoro.
- Individuazione mediante brainstorming dell'indice delle Linee Guida sulla Valutazione di Impatto sulla Salute.
- Individuazione mediante brainstorming della Metodologia della VIS, delle griglie di screening e di scoping, delle fonti dati, degli stakeholders.
- Condivisione del planning per la seconda fase della linea progettuale dedicata alle simulazioni da svolgere per testare l'applicabilità delle Linee Guida.

Attività in corso: (cfr.All. Poat n.14)

- Condivisione della Bozza delle Linee Guida.
- Individuazione delle possibili simulazioni per la sperimentazione delle Linee Guida proposte.
- Completamento elenco stakeholders.

- Individuazione degli stakeholders di interesse da coinvolgere nelle simulazioni.

Prodotti realizzati: (cfr.All. Poat n.14)

- Griglia di Screening;
- Griglia di Scoping;
- Tabella riassuntiva delle fonti da cui estrarre dati;
- Tabella riassuntiva degli stakeholders da coinvolgere;
- Stesura 1 bozza delle linee guida VIS Calabria;
- Stesura 2 bozza delle linee guida VIS Calabria;
- Stesura 3 bozza delle linee guida VIS Calabria (All. n. 15 in formato elettronico nel CD allegato).

236



Regione Campania

Attività svolte: (cfr.All. Poat n. 16)

- Briefing con il referente Regionale e suoi collaboratori per la condivisione del planning di lavoro.
- Individuazione mediante brainstorming dell'Indice delle Linee Guida sulla Valutazione di Impatto sulla Salute.
- Individuazione mediante brainstorming della Metodologia della VIS, delle griglie di screening e di scoping, delle fonti dati, degli stakeholders.
- Condivisione del planning per la seconda fase della linea progettuale dedicata alle simulazioni da svolgere per testare l'applicabilità delle Linee Guida.

Attività in corso: (cfr.All. Poat n. 16)

- Condivisione della Bozza delle Linee Guida.
- Individuazione delle possibili simulazioni per la sperimentazione delle Linee Guida proposte.
- Individuazione degli stakeholders di interesse da coinvolgere nelle simulazioni.

Prodotti realizzati: (cfr.All. Poat n. 16)

- Griglia di Screening.
- Tabella riassuntiva delle fonti da cui estrarre dati.
- Tabella riassuntiva degli stakeholders da coinvolgere.
- Stesura 1 bozza delle linee guida VIS Campania.
- Stesura 2 bozza delle linee guida VIS Campania (All. n.17 in formato elettronico nel CD allegato).

237



Regione Sicilia

Attività svolte: (cfr.All. Poat n. 16)

- Briefing con il referente Regionale e suoi collaboratori per la condivisione del planning della prima fase del lavoro.
- Individuazione mediante brainstorming dell'Indice delle Linee Guida sulla Valutazione di Impatto sulla Salute.
- Individuazione mediante brainstorming della Metodologia della VIS, delle griglie di screening e di scoping, delle fonti dati, degli stakeholders.
- Condivisione del planning per la seconda fase della linea progettuale dedicata alle simulazioni da svolgere per testare l'applicabilità delle Linee Guida.

Attività in corso: (cfr All. Poat n. 18)

- Condivisione della Bozza delle Linee Guida.
- Individuazione delle possibili simulazioni per la sperimentazione delle Linee Guida proposte.
- Individuazione degli stakeholders di interesse da coinvolgere nelle simulazioni.

Prodotti realizzati: (per i dettagli vedi All. Poat n. 18)

- Griglia di Screening.
- Griglia di Scoping.
- Tabella riassuntiva delle fonti da cui estrarre dati.
- Tabella riassuntiva degli stakeholders da coinvolgere.
- Stesura 1 bozza delle linee guida VIS Sicilia.
- Stesura 2 bozza delle linee guida VIS Sicilia.
- Stesura 3 bozza delle linee guida VIS Sicilia (cfr. All. Poat n. 19 in formato elettronico nel CD allegato).

Regione Puglia

Sono recentemente riprese le attività il loco e sono stati definiti alcuni ambiti di specifico interesse. Come già detto la Puglia potrebbe notevolmente avvantaggiarsi, dal punto di vista temporale, utilizzando il materiale prodotto (previa contestualizzazione) dalle altre regioni VIS POAT.

Attività in corso e programmate:

- E' stata analizzata la documentazione sulle linee guida sulla VIS prodotte dalle altre tre regioni partecipanti, che verranno portate a sintesi da parte di AGENAS e del gruppo di lavoro entro la fine di luglio.
- Entro la fine di settembre sarà elaborato un documento che integri le specificità della Regione Puglia.

- E' stata fissata per il 6 settembre una riunione per il confronto sulla documentazione e validazione del percorso definito.
- Entro la fine del mese di settembre saranno altresì individuati gli stakeholder per l'avvio del processo partecipativo che si concretizzerà in una riunione prevista per la fine di ottobre, finalizzata alla condivisione delle linee guida, che dovrà giungere a termine entro la fine dell'anno 2012
- .Sono stati individuati anche tre possibili oggetti per la simulazione di un processo di VIS:
 1. Introduzione di ticket sanitario;
 2. Politiche intersettoriali rivolte alla popolazione anziana;
 3. Politiche intersettoriali per la promozione della dieta mediterranea.

Attività Regionali

Regione Campania

Linea Regionale 1 (Telemedicina)

Anche per le attività di Telemedicina Agenas è stata fatta la scelta di una matrice metodologica ed organizzativa di base comune per tutte le regioni POAT interessate, da contestualizzare poi in base alle esigenze e le caratteristiche locali. Ciò consente di effettuare una economia di scala, avere più margine per introdurre ulteriori argomenti e compensare eventuali ritardi.

Attività svolte: (cfr. All. Poat n. 20)

Il primo trimestre ha riguardato una prima fase del lavoro di affiancamento tecnico, rivolta alla costruzione di un Catalogo e di un Quadro di Riferimento complessivo sulle attività di Telemedicina. I risultati ottenuti in questa fase sono i seguenti:

- organizzazione del team POAT-Telemedicina (Regione + AGENAS) e definizione dei 3 gruppi di lavoro della fase 1 (Gruppo Schede, Gruppo Catalogo, Gruppo Quadro);

- definizione da parte del Gruppo Schede delle schede di rilevazione di tipo 1 (#1 Anagrafica delle iniziative) e di tipo 2 (#2 Descrizione strutturata delle iniziative);
- definizione di una classificazione per le Modalità di erogazione dei servizi di Telemedicina, descritte in modo indipendente dalla patologia e dalle particolari soluzioni tecnologiche;
- elaborazione di liste di descrittori, per rappresentare le iniziative di Telemedicina su diverse dimensioni;
- distribuzione e acquisizione da parte del Gruppo Catalogo delle schede #1 compilate, con un'analisi in base alle Modalità, alla localizzazione e allo stato di avanzamento;
- distribuzione e raccolta delle schede #2 sulle iniziative passate, in corso o progettate in Campania (vedi il report TC08 sulle schede 1 e il report TC09 sulle schede 2), con un approfondimento dell'analisi già condotta sulle schede #1 e con una revisione dei criteri di classificazione delle Modalità e dell'assegnazione delle iniziative alle diverse classi;
- definizione di un formato per la descrizione delle opportunità offerte dalla Telemedicina (e dai Sistemi Informativi) per assecondare gli obiettivi strategici della programmazione regionale;
- selezione di un primo insieme di obiettivi dai documenti disponibili;
- avvio del lavoro di analisi (vedi TQ98);
- impostazione di una rassegna delle buone pratiche nazionali ed internazionali (vedi TQ03), che dovrà servire da base per i lavori dei Gruppi di discussione durante la fase 2;
- raccolta delle raccomandazioni sullo sviluppo della Telemedicina già previste esplicitamente nella programmazione sanitaria regionale (piano di rientro, piano ospedaliero, programmi operativi, piano prevenzione, etc.);
- analisi delle ulteriori soluzioni tecnologiche (Servizi di Telemedicina) che potrebbero assecondare i cambiamenti previsti nella programmazione sanitaria regionale (vedi ad esempio il doc-

umento preliminare TG98 con una prima analisi di una possibile pianificazione regionale);

- sintesi di normative e raccomandazioni italiane ed estere; esempi di pianificazione strategica di interventi regionali organici sulla Telemedicina;
- Tutto il materiale della VIS è disponibile nell'apposita sezione del sito web POAT Agenas.

Attività in corso: (cfr.All. Poat n. 20)

- completamento di un primo livello di analisi dei documenti di programmazione regionale, anche con interviste ai dirigenti regionali interessati;
- predisposizione della scheda di tipo 3 (#3) per le descrizioni dettagliate (approfondimento) di alcune iniziative aziendali selezionate;
- individuazione dei potenziali Scenari più rilevanti;
- individuazione di una lista di positive esperienze di Telemedicina già attive in Regione Campania;
- predisposizione del Quadro di Riferimento (nella versione a circolazione ristretta per i referenti aziendali e per i responsabili di iniziative), che metta in relazione le componenti oggetto della fase 1, descritte all'inizio di questo documento.

Prodotti realizzati: (cfr.All. Poat n. 20)

- TS01 Template della "scheda anagrafica" #1 per la rilevazione dei progetti di Telemedicina (cfr.All. Poat n. 21 in formato elettronico nel CD allegato);
- TS02 Template della "scheda di orientamento" #2a per la descrizione dei progetti di Telemedicina (cfr.All. Poat n. 22 in formato elettronico nel CD allegato);
- TC02 Lista dei progetti/servizi campani selezionati per

l'Osservatorio Nazionale e-care ([cfr.All. Poat n.23 in formato elettronico nel CD allegato](#));

- TC03 Lista anagrafica iniziale dei progetti di Telemedicina in corso, chiusi o proposti in Campania ([cfr.All. Poat n.24 in formato elettronico nel CD allegato](#));
- TC04 Indice, basato su parole chiave, dei progetti di Telemedicina in Campania;
- TC08 Report scheda #1 anagrafica ([cfr. All. Poat n.25 in formato elettronico nel CD allegato](#));
- TC08a Allegato TC08 ([cfr. All. Poat n. 26 in formato elettronico nel CD allegato](#));
- TC09 Report scheda 2 approfondimento

Linea Regionale 2 (Sistemi Informativi)

Le attività in Campania hanno appena avuto il nuovo inizio; verrà utilizzato, con le opportune contestualizzazioni, lo stesso modello e strumenti di assessment applicato con buoni risultati in Calabria; ciò consentirà di recuperare buona parte del tempo. L'attuale ritardo è in parte dovuto alla scelta del precedente coordinatore di agire su una regione alla volta al fine di mettere a punto più velocemente il modello operativo da applicare successivamente nell'altra regione ed in parte alle dimissioni del suddetto coordinatore. E' in corso di contrattualizzazione il nuovo coordinatore della linea. Il sottoscritto ha temporaneamente assunto l'interim del coordinamento della linea ed ha svolto alcune riunioni preparatorie il loco.

Regione Calabria

Linea Regionale 1 (Sistemi Informativi)

Attività svolte: (cfr. All. Poat n. 27)

- Ricognizione su modalità e tempistiche di trasmissione dei Flussi Informativi di interesse prioritario con riferimenti normativi
- Anagrafe Regionale Assistiti Acquisizione dello storico disponibile.
- Anagrafe Regionale Assistiti – Acquisizione di forniture richieste ad hoc per la fase di assessment.
- Anagrafe Regionale Assistiti – Data Quality Assessment.
- Anagrafe Regionale Assistiti – Riorganizzazione dello storico a Giugno 2012, mediante richiesta e acquisizione di informazioni integrative finalizzate alla ricostruzione temporale dei movimenti della popolazione di assistiti.
- Anagrafe Sanitaria SOGEI – Acquisizione dello storico disponibile.
- Anagrafe Sanitaria SOGEI – Acquisizione di forniture richieste ad hoc per la fase di assessment.
- Anagrafe Sanitaria SOGEI – Data Quality Assessment.
- Feature selection e record linkage tra Anagrafe Regionale Assistiti e Anagrafe Sanitaria SOGEI – Lettura integrata dei Flussi Informativi dell'Anagrafe ed analisi
- Anagrafe MMG/PLS– Acquisizione dello storico disponibile.
- Anagrafe MMG/PLS – Acquisizione di forniture richieste ad hoc per la fase di assessment.
- Anagrafe MMG/PLS – Data Quality Assessment
- Anagrafe delle Esenzioni – A livello regionale non è previsto un Flusso Informativo per la trasmissione dei dati relativi alle esenzioni per patologia/invalidità. Al fine di acquisire informazioni di stampo

preliminare sulla popolazione esente di Regione Calabria, si è provveduto a richiedere alle ASP, per mezzo del Dirigente del Settore competente, di fornire un set minimo di informazioni relative ai soggetti con esenzione.

- Schede di Dimissione Ospedaliera – Acquisizione dello storico disponibile.
- Schede di Dimissione Ospedaliera – Ricognizione dei codici e dei subcodici utilizzati per la codifica delle Strutture Ospedaliere presenti in Regione Calabria per gli anni 2008, 2009, 2010 e 2011, e verifica della loro aderenza rispetto a quanto codificato all'interno del flusso SDO.
- Feature selection e record linkage tra SDO e Anagrafe Sanitaria SOGEI – Confronto tra il contenuto informativo relativo all'ASP di residenza registrata nel flusso SDO 2010 e quella registrata nel flusso Anagrafe Sanitaria SOGEI Luglio 2011 (*unico periodo di riferimento disponibile per il confronto*).
- Feature selection e record linkage tra SDO e Anagrafe Sanitaria SOGEI – Si è posta a confronto la data di dimissione registrata nel flusso SDO 2010, per i soli soggetti con mortalità intraospedaliera, con la data di fine validità del SSN per decesso presente nel flusso Anagrafe Sanitaria SOGEI Luglio 2011 (*unico periodo di riferimento disponibile per il confronto*).
- Schede di Dimissione Ospedaliera Mobilità Passiva – Acquisizione dello storico disponibile.
- Schede di Dimissione Ospedaliera Mobilità Passiva – Ricognizione dei codici e dei subcodici utilizzati per la codifica delle Strutture Ospedaliere presenti sul territorio nazionale per gli anni 2008, 2009 e 2010.
- Schede di Dimissione Ospedaliera Mobilità Passiva – Analisi sulla produzione, in termini di ricoveri e di tariffato, per gli anni 2009 e 2010.
- Schede di Dimissione Ospedaliera Mobilità – Controllo sul file anagrafico relativo alle SDO 2011 in mobilità. L'analisi è stata condotta

attraverso la lettura integrata del flusso con le informazioni anagrafiche disponibili.

- Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali – Ricognizione della normativa in merito a Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) e Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA), e relativa tariffazione.
- Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali – Acquisizione del nomenclatore tariffario regionale.
- Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali – Acquisizione dello storico disponibile.
- Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali – Data Quality Assessment.
- Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali – Comparazione dei volumi tout-court per gli anni 2009, 2010 e 2011.
- Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali – Rilevazione delle tabelle di transcodifica relative all'anagrafe delle Strutture sanitarie che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale.
- Farmaceutica Territoriale – Acquisizione della fornitura disponibile relativa all'anno 2011.
- Farmaceutica Territoriale – Data Quality Assessment .
- Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP) – Acquisizione del flusso dati relativo al primo semestre 2011.
- Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP) – Confronto, per l'anno 2010, tra i volumi relativi a ricoveri con DRG di parto (flusso SDO) e Certificati di assistenza al parto.
- Rete per l'emergenza cardiologia interospedaliera di Regione Calabria – Individuazione della casistica STEMI e NSTEMI a partire dagli episodi di ricovero registrati all'interno del Flusso Informativo SDO 2010.
- SASN (Personale navigante direttamente assistito dal Ministero della Salute) – Operazione di record linkage deterministico con i Flussi Informativi Anagrafe Regionale Assistiti ed Anagrafe Sanitaria SOGEI.

- Progetto Almaviva per la realizzazione di servizi di cooperazione applicativa (SPCoop) – Ricognizione della documentazione inerente il Progetto SPC Calabria

Attività in corso: (cfr. All. Poat n. 27)

Anagrafe Regionale Assistiti – Riorganizzazione dello storico a Giugno 2012.

Feature selection e record linkage tra SDO e Anagrafe Sanitaria SOGEI – Confronto tra il contenuto informativo relativo all'ASP di residenza registrata nel flusso SDO 2011 e quella registrata nel flusso Anagrafe Sanitaria SOGEI.

Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali – Acquisizione diretta del Flusso Informativo dalle Aziende

Prodotti realizzati: (cfr. All. Poat n. 27)

- Quadro riepilogativo per la consultazione dei riferimenti normativi relativamente ai Flussi Informativi in esame, contenente informazioni quali il nome del Flusso, l'Oggetto, il Decreto/Delibera e il riferimento del Bollettino Ufficiale Regionale della Regione Calabria.
- Anagrafe Regionale Assistiti – A seguito di incontri con il personale regionale di competenza, la Società Engineering ha prodotto una vista per il download diretto dal server, da parte di Regione Calabria, della base di dati contenente le informazioni aggiuntive di interesse prioritario individuate nella prima fase di assessment della Linea Verticale 1 POAT, finalizzate ad una maggiore fruibilità del contenuto informativo registrato nell'archivio informatico dell'Anagrafe Regionale Assistiti.
- Anagrafe Regionale Assistiti – Data Quality Assessment: I risultati dell'analisi sono stati prodotti in forma tabellare.
- Anagrafe Sanitaria SOGEI – Data Quality Assessment: I risultati dell'analisi sono stati prodotti in forma tabellare.
- Feature selection e record linkage tra Anagrafe Regionale Assistiti e Anagrafe Sanitaria SOGEI – Data Quality Assessment: I risultati dell'analisi sono stati prodotti in forma tabellare.

- Anagrafe Sanitaria SOGEI - A partire dalla fornitura di Maggio 2012 sono stati prodotti gli elenchi, per ciascuna ASP calabrese, relativi ai soggetti con posizione aperta che, pur essendo associati ad una ASP calabrese, riportano una provincia di residenza non ricompresa tra quelle di Regione Calabria. Inoltre, attraverso l'integrazione con il Flusso Informativo dell'Anagrafe MMG/PLS, è stata fornita un'ulteriore specifica sulla Regione di appartenenza del MMG/PLS associato all'assistito. Ciò al fine di sottoporre a verifica la posizione anagrafica e favorire l'allineamento tra l'Anagrafe SOGEI e l'Anagrafe Regionale Assistiti.
- Anagrafe MMG/PLS – Data Quality Assessment: I risultati dell'analisi sono stati prodotti in forma tabellare.
- Anagrafe MMG/PLS (gestita dalla Società Engineering) – A partire dalla fornitura di Febbraio 2012 sono stati prodotti gli elenchi relativi a MMG/PLS presentanti duplicazione e/o associati a più Aziende Sanitarie Provinciali.
- Anagrafe delle Esenzioni – È stato predisposto, in via sperimentale, un tracciato record finalizzato alla trasmissione del flusso di dati relativo alle esenzioni per patologia/invalidità.
- Feature selection e record linkage tra SDO e Anagrafe Sanitaria SOGEI – Data Quality Assessment: i risultati dell'analisi sono stati prodotti in forma tabellare.
- Schede di Dimissione Ospedaliera Mobilità Passiva – Analisi sulla produzione, in termini di ricoveri e di tariffato, per gli anni 2009 e 2010: i risultati dell'analisi sono stati prodotti in forma tabellare.
- Schede di Dimissione Ospedaliera Mobilità (2011) – Data Quality Assessment in merito alle informazioni relative alla residenza del paziente .
- Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali – Data Quality Assessment: i risultati dell'analisi sono stati prodotti in forma grafica e tabellare.
- Farmaceutica Territoriale – Data Quality Assessment: i risultati dell'analisi sono stati prodotti in forma tabellare.

- Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP) – Confronto preliminare tra i volumi relativi a ricoveri con DRG di parto (flusso SDO) e Certificati di assistenza al parto: i risultati dell'analisi sono stati prodotti in forma grafica e tabellare.
- SASN (Personale navigante direttamente assistito dal Ministero della Salute) – Produzione degli elenchi degli assistiti da sottoporre alle ASP per il riscontro anagrafico degli assistiti.

Linea Regionale 2 (Telemedicina)

Attività svolte: (cfr. All. Poat n. 28)

- definizione delle schede di rilevazione di tipo 1 (#1 Anagrafica delle iniziative) e di tipo 2 (#2 Descrizione strutturata delle iniziative);
- definizione di una classificazione per le Modalità di erogazione dei servizi di Telemedicina, descritte in modo indipendente dalla patologia e dalle particolari soluzioni tecnologiche;
- elaborazione di liste di descrittori, per descrivere le iniziative di Telemedicina su diverse dimensioni;
- distribuzione e acquisizione delle schede #1, con un'analisi in base alle Modalità, alla localizzazione e allo stato di avanzamento;
- raccolta delle raccomandazioni sullo sviluppo della Telemedicina già previste esplicitamente nella programmazione sanitaria regionale (piano di rientro, piano ospedaliero, programmi operativi, piano prevenzione, etc.);
- analisi delle ulteriori soluzioni tecnologiche (Servizi di Telemedicina) che potrebbero assecondare i cambiamenti previsti nella programmazione sanitaria regionale;
- definizione di un formato per la descrizione delle opportunità offerte dalla Telemedicina (e dai Sistemi Informativi) per assecondare gli obiettivi strategici della programmazione regionale;
- selezione di un primo insieme di obiettivi dai documenti disponibili.

Attività in corso: (cfr. All. Poat n. 28)

- distribuzione e raccolta delle schede #2 sulle iniziative passate, in corso o progettate in Calabria, con un approfondimento dell'analisi già condotta sulle schede #1 e con una revisione dei criteri di classificazione delle Modalità e dell'assegnazione delle iniziative alle diverse classi;
- impostazione di una rassegna delle buone pratiche nazionali ed internazionali, che dovrà servire da base per i lavori dei Gruppi di discussione durante la fase 2;
- sintesi di normative e raccomandazioni italiane ed estere; esempi di pianificazione strategica di interventi regionali organici sulla Telemedicina;
- la predisposizione della scheda di tipo 3 (#3) per le descrizioni dettagliate (approfondimento) di alcune iniziative aziendali selezionate, da compilare di concerto con i responsabili di progetto di Telemedicina; la scheda #3 potrebbe essere riutilizzata come Traccia per gli Studi di Fattibilità e come base per la stesura dei Progetti Esecutivi nelle Aziende Sanitarie;
- Assistenza tecnica e supporto all'attivazione di un sistema di telecardiologia della Regione Calabria;
- Assistenza tecnica e supporto all'attivazione di un sistema di tele radiologia della Regione Calabria.

Prodotti realizzati: (cfr. All. Poat n. 28)

- TS01 Template della "scheda anagrafica" #1 per la rilevazione dei progetti di Telemedicina. (cfr. All. Poat n. 29 in formato elettronico nel CD allegato).
- TS02 Template della "scheda di orientamento" #2a per la descrizione dei progetti di Telemedicina.
- TC02 Lista dei progetti/servizi calabresi selezionati per l'Osservatorio Nazionale e-care.

- TC03 Lista anagrafica iniziale dei progetti di Telemedicina in corso, chiusi o proposti in Calabria.
- TC04 Indice, basato su parole chiave, dei progetti di Telemedicina in Calabria.
- TG05 Tabella Referenti aziendali TM Calabria (cfr. All Poat n.30 in formato elettronico nel CD allegato).
- TC08 Report scheda #1 anagrafica (cfr. All Poat n. 31 in formato elettronico nel CD allegato).

Regione Siciliana

250

Linea Regionale 8 (HTA)

Attività svolte: (cfr.All. n. Poat 32)

- Analisi dell'ambiente decisionale regionale;
- Analisi dell'architettura aziendale desunta dagli atti aziendali;
- Allestimento della survey regionale sui processi aziendali di definizione del fabbisogno di tecnologie sanitarie e della relativa guida alla compilazione;
- Supporto per la presentazione della survey ai referenti aziendali.

Attività in corso: (cfr.All. n. Poat 32)

- Organizzazione laboratori con personale regionale e Nucleo Tecnico Regionale;
- Survey regionale sui processi aziendali di definizione del fabbisogno di tecnologie sanitarie per mezzo di un'apposita scheda di valutazione prodotta dal Gruppo di lavoro;
- Predisposizione di una modulistica di segnalazione e di valutazione di tecnologie da acquisire/dismettere.

Prodotti realizzati: (cfr.All. n. Poat 32)

Scheda questionario definitiva ed attualmente in corso di utilizzo per la survey sui processi aziendali e linee guida per la compilazione (All. n. 33 e All. n. 34 in formato elettronico nel CD allegato).

Problemi significativi riscontrati e misure intraprese per risolverli

Le attività di Agenas hanno inevitabilmente ed in parte prevedibilmente incontrato delle criticità a volte anche rilevanti, non sempre prevedibili e variamente condizionanti. L'inizio e lo svolgersi delle attività di assistenza tecnica di Agenas nell'ambito POAT ha cioè risentito in modo variamente rilevante delle condizioni di contesto dei diversi ambiti regionali. Ciò ha condizionato la velocità di inizio e di progressione di alcune attività di assistenza tecnica.

Il ritardo della Linea regionale Sistemi Informativi della Campania è dovuto ad problema interno di Agenas (sostituzione del coordinatore di linea) ed attualmente in via di sostanziale soluzione con la nomina del nuovo coordinatore della linea e la prosecuzione delle attività. Al fine di non prolungare eccessivamente il ritardo e consentire un più rapido riallineamento il sottoscritto ha assunto l'interim del coordinamento della linea e condotto due riunioni in loco per la ridefinizione dei fabbisogni e delle attività al momento di interesse prioritario.

Una prima criticità generale è stata diffusamente riscontrata nella fase di startup dell'attività delle varie linee. Ciò in genere è stato dovuto, come già segnalato all'inizio della relazione, alla necessità di ridefinire alcuni fabbisogni in quanto quelli originari (peraltro sovente espressi in forma macro) erano stati individuati a volte anche molto tempo prima ed in alcuni casi da persone diverse da quelle attualmente coinvolte. L'insorgenza nel frattempo di altre variabili di contesto ha ulteriormente posto la necessità di ridefinire e dettagliare alcuni fabbisogni anche alla luce di un'analisi particolareggiata di fattibilità degli stessi.

Agenas è stata sempre estremamente disponibile ad estendere ove fattibile la gamma dei fabbisogni emergenti in base alle richieste regionali (Esempio: la Sicilia ha chiesto una specifica sottolinea di attività all'interno della LT-1 per un problema emergente sulle Liste di attesa e le cui attività stanno procedendo rapidamente).

Difficoltà sono state a volte incontrate in alcune linee e sottolinee nel costituire gruppi di lavoro omogenei e realmente rappresentativi delle componenti organizzative interessate (personale regionale realmente coinvolto e motivato nelle attività, con adeguate competenze di base da potenziare, con un sufficiente livello di potere operativo e con un adeguato, coerente, preciso e forte mandato da parte della dirigenza regionale).

Una delle dirette conseguenze di questo stato di cose è stata a volte la difficoltà a programmare riunioni tecniche e di coordinamento ravvicinate ed a produrre idoneo materiale di lavoro nei tempi prestabiliti. Altra e non secondaria condizione limitativa è che spesso il personale regionale individuato dai responsabili per l'affiancamento tecnico è quello più preparato e motivato e che quindi ha, già di base, un forte carico di lavoro ed altre priorità istituzionali cui si aggiungono le molte ed onerose attività POAT.

Altro elemento fortemente condizionante e tipico delle regioni in piano di rientro è la fortissima polarizzazione sulle attività prevalentemente di carattere economico a questi piani correlate particolarmente in prossimità dei frequenti momenti di rendicontazione e confronto a livello nazionale.

A questo a volte si aggiunge un contesto organizzativo e normativo regionale mutevole, frammentato e non sempre coerente.

Si ritiene opportuno ribadire il concetto che, al fine della massima efficacia delle attività di cambiamento introdotte dal POAT Agenas, queste dovrebbero essere inserite in una strategia ed una vision di tipo sistemico di chiara pertinenza regionale; ovviamente Agenas si è sempre resa disponibile a supportare l'inserimento delle singole attività POAT in un'ottica sistemica. Ciò è particolarmente importante per la LT-1 Programmazione. Un approccio settoriale, parcellare e non sistemico ridurrebbe verosimilmente l'impatto in termini di efficacia organizzativa di dette attività. POAT introduce necessariamente dei cambiamenti che provocano sempre delle più o meno fisiologiche resistenze il cui superamento dovrebbe essere fortemente supportato e governato anche dai vertici amministrativi regionali anche in questo caso e se richiesto con l'eventuale supporto di Agenas.

A fronte di queste difficoltà oggettive e condizionanti le regioni POAT si sono sempre mostrate propositive, fortemente interessate e molto disponibili alle attività di assistenza tecnica di Agenas.

Da quanto sopra si evince che le attività del POAT Agenas, pur con le inevitabili difficoltà legate all'inizio delle attività in ambiti e contesti così diversi e complessi, hanno nel complesso già ottenuto dei risultati non indifferenti in termini di attività effettuate, in corso e programmate, ma anche di risultati e prodotti sin qui ottenuti. In merito a questi ultimi c'è da considerare che risultati maggiori (per numero ed entità) saranno ovviamente disponibili nelle fasi finali del percorso delle attività di affiancamento tecnico.

Alla Sezione Affari Generali e Personale sono affidate tutte le attività amministrative riguardanti il funzionamento dell'Ente, la conduzione amministrativa delle attività di ricerca, nonché la gestione del personale dell'Agenzia. Nella consueta sintetica relazione che segue sono evidenziate le principali attività svolte nel primo semestre 2012 riguardanti sia la prosecuzione delle attività ordinarie di carattere sistematico e pluriennale, sia lo sviluppo di nuovi compiti e l'avvio di ulteriori attività, nel generale obiettivo di conseguire una maggiore efficienza organizzativa dell'Ente.

Attività di ricerca

La Sezione cura tutti gli aspetti amministrativi e gestionali di tutte le attività di ricerca svolte dall'Agenzia, attraverso:

- la predisposizione della documentazione (convenzioni, protocolli di intesa, schede rendiconto, ecc.) necessaria alla regolare attuazione delle attività progettuali;
- il costante supporto alle Unità Operative, di Ricerca o di Progetto coinvolte nei progetti;
- il sistematico contatto con la direzione competente in materia del Ministero finanziatore.

¹⁵ a cura della *Sezione Affari Generali e Personale*

Nel corso del semestre si è provveduto, quindi, a seguire le attività relative al I anno di attività del progetto strategico 2008 “Problematiche connesse alle esposizioni da radiazioni ionizzanti di operatori e pazienti in radiologia interventistica”, parte del programma strategico “Sicurezza e tecnologie sanitarie”, coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità”; finanziamento concesso: € 280.000.

Si è dato avvio al progetto di ricerca finalizzata 2009 “Methods for investments/disinvestments and distribution of health technologies in Italian Regions – MIDDIR”; finanziamento concesso: € 480.000.

Si sono, inoltre, completate le attività relative al programma di ricerca corrente anno 2010 (finanziamento € 600.00) e sono state avviate le attività concernenti i progetti di ricerca corrente 2011 (finanziamento € 500.000).

Nel corso del semestre in esame sono proseguite le attività di ricerca relative ai programmi di ricerca approvati per l’anno 2009 in ambito Ccm¹⁶ per quanto concerne le attività del II anno:

- La valutazione della performance: programma di valutazione delle decisioni e delle attività sanitarie; finanziamento concesso: € 800.000;
- La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei sistemi regionali; finanziamento concesso: € 580.000;
- La prevenzione della disabilità negli anziani ad alto rischio di declino funzionale: definizione e sperimentazione di strumenti e interventi” (l’Agenas è U.O. –capofila ARS Toscana); finanziamento: € 40.000.

Nel corso del primo semestre 2012, inoltre, sono proseguite le attività dei due progetti Ccm anno 2010:

- Valutazione del costo-efficacia di un programma di screening audiologico neonatale universale nazionale ”: finanziamento concesso: € 600.000;
- “Programma nazionale Esiti (PNE-2): valutazione degli esiti, dell’assistenza ai tumori e delle cure primarie a patologie croniche”: finanziamento concesso: € 600.000.

¹⁶ Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), come noto, è un organismo di coordinamento tra il Ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze.

Il periodo preso in esame ha visto, altresì, l'avvio dei seguenti progetti Ccm anno 2011:

- “PNE fase 3 Valutazione degli esiti per la riduzione delle disuguaglianze di accesso ai servizi di provata efficacia in popolazioni deboli”; finanziamento concesso: € 400.000;
- “Monitoraggio delle attività di Terapia Intensiva Neonatale e della qualità dell'assistenza per i neonati pretermine: il progetto Network Neonatale Italiano”; finanziamento concesso: € 50.000.
- “Ricerca di buone pratiche nella metodologia di pianificazione dei fabbisogni delle professioni sanitarie”; finanziamento concesso: € 30.000.
- “Analisi delle raccolte dati esistenti ed ingegnerizzazione/ reingegnerizzazione dei flussi dei dati di interesse sanitario nazionale” (l'Agenas è U. O. – capofila Università di Torino); finanziamento concesso: € 40.000.
- “Analisi ragionata dei piani regionali della prevenzione (PRP) previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010/2012 (PNP): elaborazione di una griglia di analisi evidence-based, esame specifico dei singoli PRP e delle diverse attività progettuali, indicazioni operative ai fini di future riprogrammazioni” (l'Agenas è U. O. – capofila Università “La Sapienza” di Roma); finanziamento concesso: € 20.000.

“Indagine conoscitiva sulle strutture deputate all'erogazione dei servizi di prevenzione in Italia” (l'Agenas è U. O. – capofila Istituto Superiore di Sanità); finanziamento concesso: € 60.500.

“L'impatto economico dei test genetici sul Servizio sanitario Nazionale (SSN): valutazione dei progressi diagnostici-assistenziali, stime di costi-efficacia e costi-utilità e analisi delle politiche sanitarie a livello europeo” (l'Agenas è U. O. – capofila Università “La Sapienza” di Roma); finanziamento concesso: € 10.000.

Attività di collaborazione per la realizzazione di programmi e progetti speciali

Sono proseguite le attività del III Accordo Siveas (finanziamento € 1.500.000,00) ed è stato sottoscritto il IV Accordo che prevede un finanziamento complessivo di € 1.750.000,00, di cui € 1.200.000,00 destinato all'Agenzia (la restante quota di € 500.000,00 è del Ministero della salute).

- Sono proseguite, inoltre, le attività di gestione amministrativa dei seguenti Accordi di collaborazione, sottoscritti con il Ministero della salute:
- HTA IV (finanziamento € 300.000) e HTA V (finanziamento € 450.000)
- Empowerment del cittadino: corretto utilizzo servizi di emergenza, urgenza – 118 (finanziamento € 1.000.000,00) – si sono seguite le attività relative alla conclusione del I anno dei lavori che hanno visto il coinvolgimento di tutte le Regioni italiane.
- Empowerment del cittadino: dolore nel paziente adulto e nel paziente pediatrico –(finanziamento € 800.000) sono proseguite le attività dello studio la cui conclusione è prevista per il dicembre 2012.
- Convenzione per il supporto al Nucleo di valutazione e agli investimenti pubblici (finanziamento € 414.748) l'accordo sottoscritto con il Ministero della Salute nel dicembre 2011 ha visto nel I semestre 2012 l'avvio delle relative attività.

Sono continuate le attività relative all'Accordo di collaborazione (II anno di lavoro) "Attività di monitoraggio dell'impatto dei progetti regionali censiti e valutati, per quanto possibile, in termini di miglioramento dell'assistenza fornita sul territorio e riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso" (finanziamento € 2.573.579,00).

Si è dato avvio, altresì, ai seguenti accordi, sottoscritti con alcune Regioni:

- Accordo di collaborazione gestionale Agenas/Regione Siciliana (finanziamento € 721.000) per interventi finalizzati a promuovere e

consolidare i processi di sviluppo avviati nella sanità della Regione stessa.

- Convenzione Agenas/Società Regionale per la Sanità della Regione Campania (finanziamento € 40.000).

Si è, inoltre, ulteriormente ampliato il numero delle Regioni che hanno evidenziato la volontà di avvalersi del supporto tecnico-scientifico dell'Agenzia per il superamento delle criticità riscontrate, per le quali si è curata, utilizzando lo schema approvato dal Consiglio di Amministrazione, la stesura dei relativi Accordi, assicurando il consueto supporto amministrativo.

L'Agenas assicura inoltre il supporto a due giovani ricercatori (Principal Investigator) che hanno vinto il relativo bando di ricerca indetto dal Ministero della salute.

Nel semestre preso in esame, la Sezione ha supportato, in coerenza con quanto previsto dalla Convenzione 52/2010 tra il Ministero della Salute, questa Agenzia e il Principal Investigator, vincitore del Bando Giovani Ricercatori 2008 con il progetto "An innovative surveillance system for obesity and lifestyles in adolescents applied to the public health service", l'attività del P.I. anche mediante l'attivazione di incarichi di collaborazione ai ricercatori dallo stesso P. I. individuati per il raggiungimento degli obiettivi del progetto.

Nello stesso periodo, sono proseguite le attività di supporto amministrativo, secondo quanto previsto dalla convenzione 33/2011 tra il Ministero della Salute, questa Agenzia e il Principal Investigator, vincitore del Bando Giovani Ricercatori 2009 con il progetto "Study of Radiobiological and Radiotherapeutic Effects of a Novel Laser Driven Electron Accelerator".

Sempre nel periodo di riferimento la Sezione ha elaborato la documentazione amministrativa necessaria alla conclusione delle attività oggetto dell'accordo sottoscritto con il Ministero vigilante "Monitoraggio della implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni sulla prevenzione degli eventi sentinella" (finanziamento € 200.000).

Sono continuati i lavori relativi alle convenzioni per le attività di supporto operativo e gestionale dell'Agenas nei programmi denominati "I Mattoni del SSN" per il

“Progetto Matrice – integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio di pazienti con patologie complesse o con patologie croniche” (finanziamento € 600.000) e “Nuovo sistema di misurazione e valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere” (finanziamento € 400.000).

Con particolare riferimento alle attività affidate all'Agenas nell'ambito del Progetto Operativo di Assistenza Tecnica – POAT (finanziamento Agenas € 4.287.867,00) la Sezione ha regolarmente continuato l'espletamento delle attività amministrative di propria specifica competenza, al fine di assicurare la corretta realizzazione delle attività scientifiche di supporto alle quattro regioni oggetto dell'obiettivo convergenza, di cui alla convenzione in essere con il Ministero della salute.

Nello specifico, nel periodo temporale in esame la sezione ha curato, previa verifica, la relativa rendicontazione amministrativo-contabile. Tali attività, di cui si elenca una sintesi, sono state realizzate con il supporto della sezione RAG che ha fornito le rispettive copie dei mandati:

- documentazione prodotta dai collaboratori di ricerca per le missioni svolte nelle quattro Regioni oggetto dell'obiettivo convergenza (verifica dei giustificativi prodotti per viaggio, vitto, alloggio, ecc.). In base alla Convenzione in essere con il Ministero sono state presentate due rendicontazioni (gennaio-marzo e aprile-giugno) riguardanti sia le attività svolte dai gruppi di lavoro costituitisi a supporto delle Regioni (Campania, Calabria, Puglia e Sicilia) complete di schemi riassuntivi elaborati direttamente corredati dalle copie dei giustificativi delle spese sostenute.

E' stata realizzata, con cadenza settimanale, la stesura del calendario degli incontri tematici svolti dai gruppi di lavoro nelle diverse sedi regionali. Con pari cadenza è stato, altresì curato, l'invio telematico a tutti i collaboratori Agenas di ricerca POAT, nonché ai referenti regionali individuati dalle singole regioni per le attività POAT.

Nel periodo in esame sono state inoltre effettuate, con le cadenze rispettivamente indicate, le seguenti elaborazioni :

- con cadenza bimestrale, tre monitoraggi, delle giornate personali sino al 30 giugno 2012, con distinzione di quelle svolte presso le Regioni da quelle svolte presso Agenas;

- con cadenza trimestrale, due report delle attività;
- con cadenza semestrale, la relazione tecnico-scientifica.

Inoltre, in ambito ECM - benché gli aspetti amministrativi siano curati e seguiti direttamente dal Segretario della Commissione, nonché responsabile della gestione amministrativa dell'intero sistema nazionale – la Sezione ha assicurato il supporto alla procedura di registrazione al sistema “Simog” presente sul portale dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici – Avcp – ai fini del rilascio del Codice Identificativo di Gara da assegnare alle procedure di gara indette in ambito Ecm.

Si sono seguite le attività di ricerca delle Unità di Progetto che hanno sottoscritto le convenzioni finalizzate allo svolgimento dei progetti afferenti alle aree di attività ricomprese nelle Linee strategiche a suo tempo approvate in sede consiliare, nel Patto per la salute, nel Piano Oncologico Nazionale e nell'Empowerment del cittadino. Si sono positivamente conclusi i seguenti progetti di ricerca autofinanziata, già avviati nel corso dell'anno precedente:

- “Turismo sanitario”.
- “Condividere e diffondere la prospettiva etica nelle organizzazioni sanitarie: verso un modello di analisi e misurazione della cultura etica aziendale”.
- “Valutazione dell'efficacia e dell'equità di modelli organizzativi territoriali per l'accesso e la presa in carico di persone con bisogni socio-sanitari complessi”.
- “Sperimentazione dell'utilizzazione degli indici di Charlson per il miglioramento della sicurezza dei pazienti”.
- “Progetto SANITAS – Self Assessment Network Initial Testing and Standards”.
- “Progetto RIHTA – Rete Italiana per lo Sviluppo della Valutazione Sistemica delle Tecnologie Sanitarie”.
- “Attività di supporto e messa a punto di un sistema di formazione continua in medicina per le regioni”.

- “Supporto per gli acquisti di tecnologie sanitarie e monitoraggio prezzi”.
- “Laboratorio per le reti ospedaliere”.
- “Creazione di un sistema di valutazione esiti del Ssn: efficacia delle prestazioni del Ssn”.

Si è dato altresì avvio all'attività della Ricerca autofinanziata 2011. Si è provveduto pertanto – sulla base del sistema di elaborazione e rendicontazione della ricerca autofinanziata, approvata in sede consiliare (delibera 6/2012) - ad elaborare ulteriori convenzioni per la disciplina delle collaborazioni di ricerca con le singole Unità di Progetto individuate dai rispettivi responsabili scientifici.

262



Sempre nel semestre di riferimento è stato ulteriormente aggiornato il Software per la gestione informatizzata di Progetti di Ricerca, Progetti Europei, Accordi di collaborazione, progettato dal Consorzio di Bioingegneria e Informatica Medica (CBIM).

Gestione del personale

La Sezione Affari Generali e Personale cura la gestione delle risorse umane dell'Agenzia. Tale gestione riguarda sia il personale dipendente, sia il personale esterno titolare di un incarico di collaborazione di ricerca.

Nel corso del semestre in esame sono state assicurate le ordinarie attività di gestione del personale dipendente, sia sotto il profilo giuridico sia sotto quello economico, in coerenza con le disposizioni contenute nei rispettivi Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e nelle relative norme (D.Lgs.165/2001, ecc.).

Come noto, con Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione ed il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 28 dicembre 2011 (pubblicato sulla G.U. n. 13 gennaio 2012 n. 10) sono state apportate modificazioni al Regolamento di questa Agenzia del 31 maggio 2001.

Il sopra citato Regolamento all'articolo 14 ha integrato la dotazione organica del personale dirigente dell'Ente, precedentemente limitata alla dirigenza amministra-

tiva, con l'inserimento delle altre figure per l'Area III (sanitaria e professionale) e dell'Area IV (medico). Attualmente le Aree dirigenziali dell'Agenzia sono così articolate:

Area III 7 unità – dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa, di cui:

- 5 unità dirigenza Amministrativa e Tecnica professionale;
- 2 unità dirigenza sanitaria;
- Area IV 2 unità – dirigenza Medica e Veterinaria:
- 2 unità dirigenza medica

Successivamente, sulla base delle vigenti norme (decreto legge n.194 del 30 dicembre 2009, art. 2, commi 8 bis e seguenti, convertito con modificazioni in legge 26 febbraio 2010, n. 25), al fine di conseguire un contenimento della spesa pubblica, con deliberazione consiliare n. 10 del 26 giugno 2012, tale dotazione organica ha subito una ulteriore riduzione da 9 a 8 unità di personale dirigente, parimenti, la dotazione organica del personale del comparto, ha registrato una ulteriore riduzione che ha rideterminato il contingente numerico da 40 unità a 36 unità, con dichiarazione del sovrannumero di 4 unità di personale.

In osservanza al sopra citato nuovo Regolamento dell'Ente, nel corso del semestre in esame sono state indette, con deliberazione consiliare n.3/2012, ai sensi dell'art. 30 del decreto legislativo n.165/2001, tre procedure di mobilità volontaria esterna finalizzate alla copertura dei quattro posti di dirigente di nuova istituzione, vacanti nell'ambito della dotazione organica: Area Dirigenti – Area III e Area IV. Con deliberazione direttoriale n. 180 del 20 febbraio 2012, in esecuzione alla sopra citata deliberazione consiliare, si è provveduto a pubblicare i relativi bandi di mobilità sul sito ufficiale di questo Ente: www.agenas.it/concorsi.html, nonché sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana -4a Serie speciale-, n. 16 del 28 febbraio 2012. Tali procedure si sono concluse nei mesi di maggio e giugno c.a.

Sempre nel corso del primo semestre 2012 si sono verificati i seguenti movimenti di personale:

- una unità di personale di categoria DS2 "Collaboratore economico/statistico/finanziario", ha ripreso servizio presso questa

Agenzia, con decorrenza 1° gennaio 2012, dopo un periodo di comando presso la Corte dei Conti di Roma della durata di mesi diciotto e giorni quindici;

- una unità di personale di categoria D, posizione economica 1, “Collaboratore economico/statistico/finanziario”, è stata posta in comando, ai sensi dell’art. 20, comma 8, del contratto collettivo nazionale di lavoro del 20 settembre 2001 (code) integrativo del CCNL 7.04.1999, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. L’Agenzia ha autorizzato l’attivazione di tale comando, con decorrenza dal 12 marzo 2012 e fino alla scadenza dell’attuale mandato governativo, poiché nel corso di detto periodo l’interessata acquisirà tecniche ulteriori nell’ambito del “Progetto Opportunità delle Regioni in Europa”, di particolare interesse per questo Ente che, come noto, svolge attività di supporto nei riguardi delle Regioni;
- una unità con qualifica di dirigente medica medico, a seguito di specifica istanza formulata da questa Agenzia all’azienda sanitaria locale Roma C ha preso servizio presso questo Ente a far data dal 16 gennaio 2012, per la durata di un anno. Tale istanza si è resa necessaria al fine di sopperire alle esigenze afferenti il potenziamento delle attività di valutazione esterna e del rischio clinico.

In ottemperanza a quanto disposto dal Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 che ha, fra l’altro, previsto che le Pubbliche Amministrazioni effettuino la pubblicazione, sul sito istituzionale dell’Ente, dei dati di assenza del personale dipendente, nonché dei dati relativi al trattamento economico del personale dirigente, completi di relativo curriculum vitae ecc., è stato da tempo istituito un settore, all’interno del sito dell’Agenzia www.agenas.it, chiamato “Operazione Trasparenza”, nel quale vengono tempestivamente pubblicati anche i predetti dati.

In particolare per quanto riguarda la rilevazione dei dati di assenza del personale dipendente (monitoraggio assenze/presenze personale P.A.), gli esiti di tale monitoraggio vengono sistematicamente comunicati, attraverso uno specifico account sul portale del Dipartimento della Funzione pubblica “Perla PA”, compilando online la relativa “scheda dati”.

In merito al personale, entro i rispettivi termini previsti, sono stati effettuati, come di norma, gli adempimenti previsti, di seguito elencati:

- “Banca dati informatica presso il Dipartimento della Funzione Pubblica-Legge 4 novembre n. 183, articolo 24”. Comunicazioni relative ai permessi per l'assistenza alle persone con disabilità;
- “Prospetto informativo lavoratori disabili-Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2 novembre 2010”. Invio -on-line del modulo attraverso i servizi informatici dei lavoratori disabili assunti presso l'Agenzia;
- “Deleghe sindacali - misurazione della rappresentatività sindacale ai sensi dell'art. 43 del d.lgs. 30 marzo 2001 n.165”. Rilevazione - on line- delle deleghe al 31 dicembre 2011, per le ritenute del contributo sindacale;
- “Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche -Direttiva 23 maggio 2007-”. Invio - on line- del monitoraggio 2011;
- “Anagrafe delle prestazioni” relativa a tutti gli incarichi conferiti dall'Agenzia. Tale adempimento è assicurato attraverso lo specifico account attivo presso il sito dedicato (“www.anagrafeprestazioni.it”) della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica. Nel semestre di riferimento si sono comunicati on-line i dati anagrafici relativi a circa 92 incarichi conferiti a personale esterno non dipendente da una Pubblica Amministrazione);
- Invio comunicazioni istituti previdenziali INPDAP-INPS-INPGI – denunce mensili per compensi corrisposti a dipendenti, collaboratori/consulenti e giornalisti;
- Centro per l'impiego – comunicazioni relative ad assunzioni, cessazioni, trasformazioni orario di lavoro dei dipendenti, ecc.

Per la realizzazione delle attività previste dai progetti di ricerca, dagli accordi di collaborazione, dalle convenzioni e dal programma nazionale di Educazione Continua in Medicina, condotti da questa Agenzia, sono stati conferiti, nell'ambito delle risorse a ciò appositamente destinate, n. 128 incarichi di collaborazione tem-

poranea di ricerca, (di cui 79 incarichi aventi natura di collaborazione coordinata e continuativa a progetto e 49 incarichi aventi natura di collaborazione occasionale.). Tali incarichi, comprendenti anche le collaborazioni in ambito POAT, sono stati conferiti previa comparazione, effettuata dai rispettivi responsabili scientifici, e in caso di ECM, dal Segretario della Commissione Nazionale per la Formazione Continua –dott.ssa Maria Linetti-, dei curricula presenti nell'albo degli esperti, adottato e aggiornato con le deliberazioni consiliari n. 21/2007, n. 21/2009 e n. 18/2011. L'efficacia contrattuale di tali incarichi è stata, come previsto, condizionata – ai sensi della legge 244/07, articolo 3, c.18, all'avvenuta pubblicazione sul sito web dell'Agenzia degli elementi essenziali dell'incarico medesimo individuati dalla vigente normativa (L.266/2005 e D.Lgs165/01, art. 53, comma 14: nominativo, oggetto, durata e relativo compenso). L'Agenzia ha regolarmente assicurato tali adempimenti.

Relazioni sindacali - Personale del comparto

Nel corso del semestre si è dato avvio alla stesura della bozza dell'ipotesi di accordo integrativo per l'anno 2012, mentre è in fase di conclusione quello relativo all'anno 2011.

A tale riguardo, si precisa, che alla fine del secondo semestre 2011, la RSU dell'Agenzia ha inviato al Presidente della Delegazione trattante ed ai Componenti della medesima una richiesta di verifica della corretta applicazione dell'Accordo integrativo anno 2010, rinviando la definizione del citato Accordo integrativo anno 2011, agli esiti di tale verifica.

Come di consueto, la Sezione Affari Generali e Personale, previa autorizzazione del Direttore, ha erogato al personale dipendente, in coerenza con la richiesta della RSU, un acconto sul premio di produttività per l'anno 2012 -primo semestre-, nelle more della sottoscrizione dell'accordo integrativo definitivo, nonché delle successive valutazioni che saranno effettuate dai singoli Dirigenti, prevedendo che lo stesso sia poi oggetto di compensazione, in aumento o in diminuzione, a seguito della sottoscrizione dell'accordo definitivo.

Inoltre, nel corso del primo trimestre dell'anno 2012, la Sezione Affari Generali e Personale, ha assicurato il necessario supporto al corretto svolgimento delle ele-

zioni delle rappresentanze sindacali unitarie del personale del comparto (RSU) di questo Ente, che si sono completate, in ottemperanza alle disposizioni delle OO.SS. firmatarie del CCNL di comparto, l'8 marzo 2012, con la nomina di tre componenti della medesima: due per la CGIL F.P. e uno per la UIL F.P.L.

L'organizzazione Sindacale F.S.I. ha presentato ricorso contro le decisioni assunte dalla Commissione elettorale per l'esclusione del proprio candidato dalla nomina di quarto componente della RSU, allegando allo stesso l'accordo quadro del 16 ottobre 1998 del S.S.N. In merito, questa Agenzia ha espresso la propria disponibilità ad integrare la composizione delle RSU, allorché verrà attivata, in sede consiliare, la strutturazione organizzativa dell'Agenzia, cui articolata graduazione su più posizioni di diversa complessità ed elevata specializzazione, consentirà l'applicazione dell'accordo integrativo dell'accordo quadro del 7 agosto 1998, in base al quale sono apportate delle modifiche che prevedono per aziende ed enti da 16 a 30 dipendenti la costituzione di RSU composte da 4 unità (cfr art. 4, comma 1).

Relazioni sindacali – Personale dirigente Area III e Area IV

Riguardo alla dirigenza dell'Area III e Area IV sono stati erogati, come di consueto e previa autorizzazione del Direttore, degli acconti sugli importi relativi al premio di produttività anno 2012 –primo semestre.

Giova al riguardo evidenziare che, con specifico documento di accordo sottoscritto con le OO.SS. di categoria, è stata condivisa e confermata la metodologia di valutazione già in precedenza applicata presso questo Ente.

Al fine di consentire una più agile lettura della dotazione organica di questo Ente, si allega alla presente relazione una sintetica “scheda di raffronto” dei dati relativi alle unità di personale di ruolo in servizio presso questo Ente – distinte anche per qualifica (personale dirigente e non dirigente) e per profilo (categoria D; C e B) in servizio presso l'Agenzia nel periodo in esame (cfr all.to 1).

Settore informatico

Il settore informatico, nell'attuazione delle azioni volte al completamento di una più ampia organizzazione del sistema informatico, anche in relazione alle aumentate atti-

vità tecniche di supporto scientifico-informatico in ambito Ecm, ha continuato ad assicurare il supporto a tutto il personale dell'Agenzia al fine di garantire il buon funzionamento delle postazioni di lavoro tecnologico, delle attrezzature in rete, ecc.

Nel semestre in esame è stato completato e implementato, sul sito istituzionale dell'Agenzia(http://www.agenas.it/buone_pratiche/call2009.htm) l'aggiornamento della "call for good practice" già realizzata nel precedente anno, ed è stato altresì aggiornato il forum per la RIHTA (Rete Italiana HTA).

Sempre nel periodo in esame, nell'ambito del sito istituzionale, è stata avviata la manutenzione e l'aggiornamento dello specifico spazio volto a fornire al cittadino un'ampia e puntuale rappresentazione dell'Ente, costruendo in modo virtuale una "pubblica amministrazione dalle pareti di vetro ove è possibile guardare all'interno". Tale spazio, denominato "Operazione trasparenza" è organizzato in più capitoli, a loro volta articolati in più paragrafi ciascuno dei quali pone l'attenzione sui principali aspetti organizzativi, strutturali, funzionali dell'Amministrazione.

Nel corso del mese di giugno c.a sono state completate le pagine Web interattive per la gestione diretta da parte dell'Agenzia degli aspetti amministrativo-gestionali del sistema nazionale Ecm. E' stata completata l'acquisizione di ulteriori risorse strumentali necessarie ad assicurare, senza soluzione di continuità, migliori funzionalità dell'intero sistema con particolare riguardo alle crescenti esigenze del settore ECM. Nell'implementare le risorse strumentali si è avuta costante attenzione alla scelta di soluzioni in grado di garantire il pieno riutilizzo delle stesse anche in una diversa struttura logistica.

Nel semestre in riferimento la Sezione ha continuato ad assicurare specifico supporto informatico alle altre Sezioni dell'Ente, con riferimento al quale, si riporta di seguito una sintetica tabella riepilogativa:

Settore protocollo

Nel corso del primo semestre 2012 è proseguita l'acquisizione/archiviazione ottica della documentazione con protocollazione informatizzata attuata con lo specifico software da tempo in uso nel settore. Nel corso del primo semestre sono stati protocollati e archiviati, anche in formato ottico complessivi 7.013 documenti.

Tabella 12

Supporto informatico Agp	Tipologia intervento informatico
Accordo con il Ministero della salute: "Monitoraggio Delle Raccomandazioni Per La Prevenzione Degli Eventi Sentinella"	Supporto Tecnico agli Utenti del Sistema, implementazione di Dashboard in Oracle BI per la consultazione dei dati del Monitoraggio.
Accordo con il Ministero della salute: "Monitoraggio degli Obiettivi Prioritari PSN"	Modifiche alle pagine statiche del sito, Modifiche agli elaborati consultabili sul sito.
Accordo con il Ministero della salute "Programma POAT – salute"	Disegno Grafico di una Homepage ed alcune sezioni per la Presentazione di una Relazione.
Ricerca Autofinanziata 2010/2011: "Turismo sanitario - Buone pratiche di accoglienza dei turisti con bisogni speciali"	Implementazione Funzionalità Database ed implementazione CSS per lo stile del sito,
Attività istituzionale afferente il Monitoraggio Attività Libero-Professionale Intramuraria ed Intramuraria Allargata	implementazione Migliorie Evolutive per il Monitoraggio di Aprile 2012, formazione per la Regione Campania (Napoli) e la Regione Sicilia (Palermo), Supporto Tecnico agli Utenti del Sistema.
Accordo con il Ministero della salute: "Monitoraggio Delle Raccomandazioni Per La Prevenzione Degli Eventi Sentinella"	Implementazione di una Dashboard Regionale per la consultazione dei dati del Monitoraggio

Hanno avuto altresì prosecuzione le attività di acquisizione ottica della documentazione antecedente l'introduzione del protocollo informatico, con acquisizione di 3.000 documenti precedenti istituzionali.

Centro Stampa

Ha avuto prosecuzione l'acquisizione della documentazione di cui alla "Biblioteca virtuale" con l'attivazione di ulteriori funzioni di accessibilità nell'ambito del collegamento appositamente creato. Si è assicurato il supporto alle attività di manuten-

zione e aggiornamento istituzionale. Particolare attenzione è stata riservata ad un puntuale monitoraggio ed aggiornamento delle pagine web dedicate alle procedure di gara (www.agenas.it – sezione gare/concorsi/avvisi).

Nello specifico la Sezione ha inoltre curato la predisposizione e la stampa dei quattro volumi “Buone Pratiche 2011”, nonché del materiale (brochure, poster, materiale da convegno personalizzato; ecc.) al riguardo prodotto per il convegno nazionale sulle Buone Pratiche tenutosi nel semestre di riferimento.

Al fine di assicurare la buona riuscita della presentazione nazionale delle due campagne informative sulla “Lotta contro il dolore” e sul “Corretto utilizzo dei servizi di emergenza urgenza/118” (cfr relazione pag 3), la Sezione ha provveduto alla realizzazione (allestimento, impaginazione, stampa e confezionamento) del materiale (brochures, poster, libretti, ecc.) distribuito in occasione della cerimonia ufficiale di presentazione delle due campagne informative, tenutasi nel mese di marzo presso il Ministero della salute, alla presenza del Ministro della salute e del Direttore dell'Agenzia.

Da ultimo, giova evidenziare che nel semestre in esame sono stati prodotti n. 327.379 fogli e sono stati rilegati n. 12.791 fascicoli.

Alla presente relazione vengono al riguardo allegati due grafici, dei quali il grafico a torta contiene anche l'indicazione del valore (tematica della stampa) che, con particolare riferimento ad alcune sezioni di questa Agenzia, ha maggiormente “pesato” sul computo generale delle riproduzioni per le stesse complessivamente prodotte (cfr. [Allegati Sez. AGP n. 1 - 2](#)) dal centro stampa stesso.

Centralino

Il centralino ha continuato ad assicurare il servizio di prenotazione delle sale riunioni anche presso l'altra sede dell'Agenzia di via del Fornetto, provvedendo al relativo allestimento in funzione delle esigenze rappresentate. Il personale addetto al centralino ha inoltre curato la corretta distribuzione del materiale fra i partecipanti agli incontri programmati, riguardanti i vari progetti di ricerca, assicurando al contempo la circolarità della documentazione distribuita tra i partecipanti non interventi alle riunioni.

Nello specifico il personale addetto, nel periodo considerato, ha curato le attività di prenotazione e allestimento di circa 90 riunioni (delle quali 83 tenutesi presso la sala Atlante della sede di Via Puglie 23 e 7 riunioni svoltesi presso la sala riunioni della sede di via del Fornetto 85), alle quali hanno preso parte circa 516 partecipanti.

Particolare attenzione è stata posta alle riunioni in ambito Poat programmate nel periodo in esame, tra le quali figura anche l'organizzazione di 4 laboratori di formazione nelle tematiche Poat, organizzate presso la sede di via Puglie dal responsabile della linea LT1 "Supporto alle fasi della programmazione", per le quali il personale titolare di un incarico di collaborazione su tale linea, e in particolare il personale assegnato al centralino, ha curato la distribuzione a tutti i partecipanti del relativo materiale informativo.

Pianificazione delle attività contrattuali dell'Agenzia

Nel corso del primo semestre 2012 hanno avuto regolare prosecuzione e conclusione le attività contrattuali già avviate nel corso del secondo semestre 2011. Sono state inoltre attivate le nuove procedure contrattuali volte anch'esse all'acquisizione di beni e servizi necessari a garantire il regolare funzionamento dell'Ente, ovvero il regolare svolgimento delle attività di ricerca.

In particolare, nel corso del periodo di riferimento, la Sezione AGP ha provveduto alla indizione e conclusione di circa 60 procedure di acquisizione di beni e servizi necessari a garantire il regolare ed efficiente svolgimento delle attività istituzionali e di ricerca di questa Agenzia.

Tali procedure sono state attuate in osservanza con le disposizioni in materia dettate dal Decreto Legislativo 163/2006 e s.m.i. (cd Codice dei contratti pubblici), nonché attraverso la piattaforma Consip S.p.A, sia in modalità on line con firma digitale: "negozi elettronici" e "mercato elettronico" sia in modalità "cartacea" mediante adesione al sistema delle convenzioni.

Nello specifico, giova sottolineare che nel semestre di riferimento si è proceduto all'aggiudicazione provvisoria di una gara di evidenza pubblica espletata ai sensi del Decreto Legislativo 163/2006 e s.m.i (cd Codice degli Appalti), nonché all'indizione ed alla successiva aggiudicazione di una procedura di gara, espletata ai

sensi dell'articolo 125 del predetto Codice degli Appalti, finalizzata alla realizzazione dei due video/spot delle sceneggiature risultate vincitrici dei concorsi di idee indetti da questa Agenzia nell'ambito delle due campagne informative nazionali sulla lotta contro il dolore e sul corretto utilizzo dei servizi di emergenza urgenza.

Nel corso del semestre di riferimento, al fine di ottemperare alle disposizioni dettate in tema di trasparenza dei flussi finanziari, ex art. 3, legge 136/2010 e s.m.i, questa Agenzia, ha proceduto a quanto di seguito indicato:

- richiesta in modalità telematica, mediante le apposite procedure di rilascio presenti sul portale dell'Autorità per la Vigilanza sui contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture – Avcp — dell'apposito codice Identificativo di Gara – CIG da assegnare a ogni singola procedura di gara. Tale codice è stato rilasciato sia mediante la specifica procedura "Simog", sia mediante la ulteriore modalità "semplificata" prevista in caso di contratti di importo inferiore a 40.000,00, affidati ai sensi dell'articolo 125 del richiamato Codice dei contratti.

Nel semestre di riferimento sono stati richiesti n. 74 codici GIG, con modalità semplificata e 7 codici con modalità "Simog" (cfr. [Allegati Sez. AGP n. 3 - 4](#))

- richiesta in modalità telematica, mediante l'apposita procedura di rilascio presente sul portale a ciò dedicato del Comitato Interministeriale della Programmazione Economica – CIPE - del Codice Unico di Progetto – CUP – da assegnare a ciascun progetto di ricerca, al fine di assicurare la funzionalità della rete di monitoraggio degli investimenti pubblici.

Nel semestre in argomento sono stati richiesti n. 8 codici CUP (cfr. [Allegato Sez. AGP n. 5](#)).

La Sezione, in ottemperanza alle disposizioni vigenti in materia, ha inoltre completato la procedura di registrazione all'Osservatorio dei contratti pubblici – sezione Regione Lazio – ai fini della comunicazione, mediante la specifica procedura telematica all'uopo prevista – dei dati concernenti i contratti aventi ad oggetto lavori, servizi e forniture di importo superiore ai 150.000,00 euro.

Nel semestre in argomento, con riferimento alle otto procedure di “concorso di idee” indette da questa Agenzia per la realizzazione di uno slogan, di un logo, di una sceneggiatura e di un poster da utilizzare nell'ambito delle campagne informative nazionale sulla “Lotta contro il dolore” e nell'ambito sul “Corretto utilizzo dei servizi di emergenza/urgenza- 118” giova ricordare che nel corso della seconda decade del mese di marzo, presso la Sala Auditorium del Ministero della Salute di Lungotevere Ripa, ha avuto luogo, alla presenza del Ministro della Salute, del Direttore dell'Agenzia, di molti referenti regionali e dei rappresentanti dei più importanti Ordini Professionali, Società Scientifiche e Associazioni Professionali di settore, la presentazione ufficiale della campagna nazionale sulla “Lotta al dolore” e della campagna nazionale sul “coretto utilizzo dei servizi di emergenza urgenza”. In tale occasione il Ministro della Salute ha consegnato ai vincitori degli otto richiamati concorsi di idee l'attestato di vincitore del concorso indetto da questa Agenzia, in collaborazione con il Ministero della salute.

Nel corso di tale giornata ha avuto luogo la presentazione ufficiale degli spot televisivi delle due sceneggiature risultate vincitrici del concorso di idee, realizzate dalle due società risultate aggiudicatrici della gara indetta da questa Agenzia.

Nella settimana tra il 18 ed il 24 marzo c.a. sono andati in onda sulle tre reti della televisione di Stato (RAI) i due spot, con passaggi televisivi nelle tre fasce orarie mattina, pomeriggio e sera. (cfr. [Allegati Sez. AGP n. 6 - 7](#)).

Nel corso del semestre in esame, ha altresì avuto conclusione il concorso di idee finalizzato alla realizzazione di un logo che meglio veicoli e renda uniformi i contenuti e gli obiettivi delle attività di valutazione sistematica delle tecnologie innovative inerenti il progetto di ricerca autofinanziata 2010 “Rete italiana di sviluppo delle attività di valutazione sistematica delle tecnologie innovative e delle sperimentazioni gestionali – RIHTA”.

La procedura si è conclusa con la premiazione, avvenuta nel mese di aprile, del logo vincitore del concorso di idee alla presenta del Direttore dell'Agenzia e di alcuni rappresentati delle Regioni coinvolte nel progetto stesso.

Al fine di garantire il diritto di esclusiva all'utilizzo del logo medesimo nell'ambito delle attività afferenti il richiamato progetto "RIHTA", nel corso del mese di maggio si è proceduto alla registrazione dello stesso presso l'Ufficio Italiano Brevetti e Marchi (UIBM) della Camera di Commercio di Roma.

Nel corso del semestre in esame la Sezione AGP ha, inoltre, continuato ad assicurare al dott. Gianfranco Rossini, consulente esterno per la valutazione delle risorse umane e sviluppo organizzativo, nonché segretario del C.d.A. e coordinatore della sicurezza sui luoghi di lavoro, il necessario supporto in materia di sorveglianza sanitaria e sicurezza nei luoghi di lavoro, anche mediante la predisposizione dei provvedimenti amministrativi, a firma direttoriale, e la pianificazione degli interventi e degli incontri normativamente previsti con il Responsabile del servizio di protezione e prevenzione sui luoghi di lavoro e con il medico competente.

Nel corso del primo semestre 2012, le attività poste in essere dalla *Sezione ragioneria ed economato* sono riconducibili alle seguenti aree:

- a. bilancio;
- b. attività amministrativo-contabile per l'accertamento e la riscossione delle entrate, ivi comprese quelle derivanti dal sistema ECM;
- c. gestione contabile degli impegni di spesa e dei relativi mandati di pagamento;
- d. tenuta della contabilità economica;
- e. emissione degli ordinativi di pagamento relativi al trattamento economico del personale in servizio e dei collaboratori esterni dell'Agenzia, nonché dei relativi oneri previdenziali ed erariali a carico dell'Agenzia;
- f. gestione contabile dei progetti di ricerca corrente e finalizzata;
- g. gestione dei rapporti con il servizio di tesoreria;
- h. gestione del servizio di cassa interna e di piccolo magazzino;
- i. adempimenti connessi alla gestione patrimoniale;

¹⁷ a cura della *Sezione Ragioneria ed Economato (RAG)*

- j. collaborazione alla rilevazione dei dati del conto annuale;
- k. espletamento delle rilevazioni di competenza, e comunicazione dei relativi dati agli Enti richiedenti;
- l. partecipazione, per quanto di competenza alle attività connesse al Progetto operativo di assistenza tecnica (POAT).

Nel semestre considerato la Sezione ha elaborato e presentato il bilancio consuntivo relativo al 2011, corredato della prescritta relazione illustrativa.

Il documento giuridico contabile in questione ha avuto il positivo vaglio del Collegio dei revisori nella seduta del 3 maggio 2012, ed è stato successivamente approvato dal Consiglio di Amministrazione Agenas. nella seduta del 26 giugno 2012.

Tale documento mette in evidenza un avanzo di gestione pari ad Euro 5.042.256,56 quale differenza tra le spese impegnate e le entrate accertate, nonché un significativo decremento (pari al 58,18%) delle spese in conto capitale, che passano da Euro 342.557,94 ad Euro 143.266,95.

Sempre per quanto attiene alla gestione del bilancio, si segnala che nel primo semestre del 2012, al fine di adeguare la consistenza dei capitoli ad una serie di eventi contabilmente rilevanti, sopravvenuti nel corso della gestione e non prevedibili in fase di redazione del bilancio di previsione, sono state predisposte e approvate tre variazioni al citato documento previsionale 2012, deliberate dal Consiglio di amministrazione con i seguenti atti:

- delibera n. 1 adottata nella seduta del 16 febbraio 2012;
- delibera n. 4 adottata nella seduta del 14 marzo 2012;
- delibera n. 9 adottata nella seduta del 26 giugno 2012.

Con riferimento al sistema ECM, la Sezione, oltre allo svolgimento degli adempimenti contabili connessi alle attività poste in essere dai provider (pubblici e privati) nazionali, ha gestito le risorse derivanti da specifiche convenzioni con le regioni.

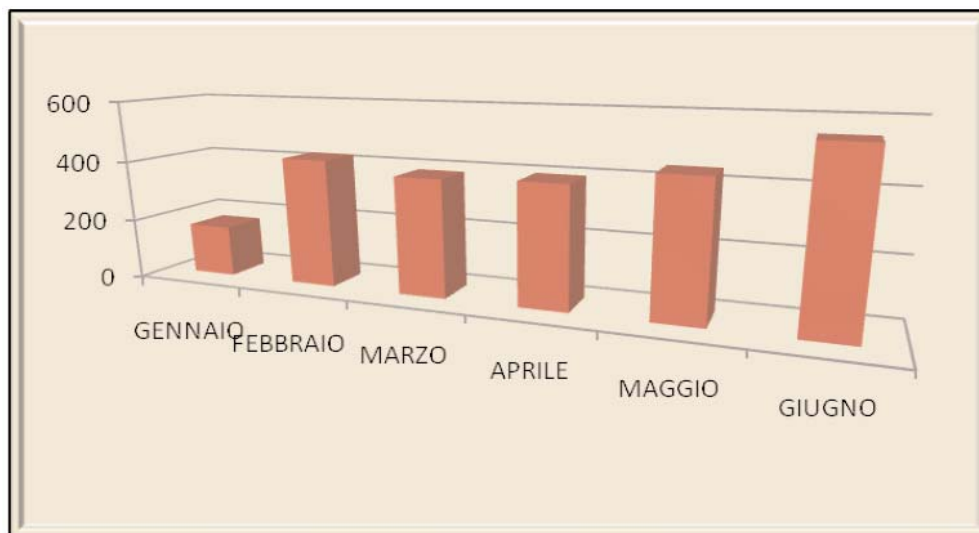
In merito a queste ultime, giova segnalare che il sistema di codifica a suo tempo elaborato da questa Sezione per la puntuale verifica e l'analitica gestione dei versamenti effettuati dai vari partners regionali, si è dimostrato valido, e i bonifici di

cui trattasi, effettuati tutti sul conto corrente Age.Na.S. attivo presso Banca d'Italia, sono stati gestiti in maniera analitica. Per quanto riguarda i mandati di pagamento eseguiti, si rappresenta che nel periodo considerato la Sezione ne ha elaborati e regolarmente contabilizzati (con esito positivo), 2.368 per un totale di € 8.313.368,40, suddivisi per mensilità secondo quanto riportato nella tabella che segue:

Tabella 13

Mese	Numero mandati eseguiti	Importi
Gennaio	171	€ 1.119.189,89
Febbraio	423	€ 1.221.491,33
Marzo	386	€ 1.768.545,35
Aprile	396	€ 1.695.756,03
Maggio	442	€ 1.218.059,65
Giugno	550	€ 1.290.326,15
Totale	2368	€ 8.313.368,40

I dati in parola sono graficamente rappresentati di seguito nel Grafico 1



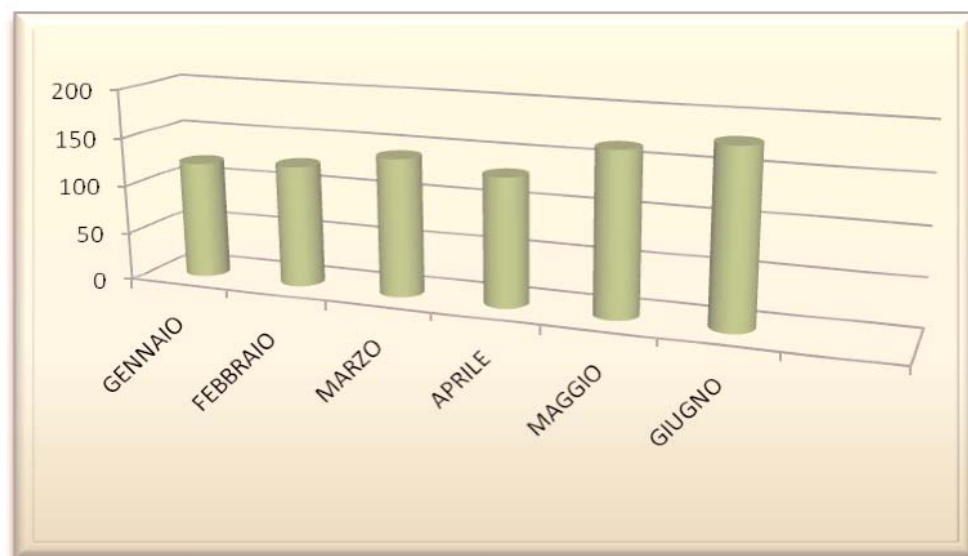
Per quanto riguarda le reversali, nel periodo considerato la Sezione ne ha emesse 867, per un totale di € 13.020.856,02 suddivise come segue per singola mensilità:

Tabella 14

Mese	Numero reversali emesse	Importo
Gennaio	121	€ 1.802.845,80
Febbraio	126	€ 2.380.913,08
Marzo	142	€ 603.458,25
Aprile	132	€ 1.860.356,50
Maggio	167	€ 2.735.684,79
Giugno	179	€ 3.637.597,60
Totale	867	€ 13.020.856,02

Dal punto di vista grafico, la rappresentazione dei dati in questione è la seguente:

Grafico 2.

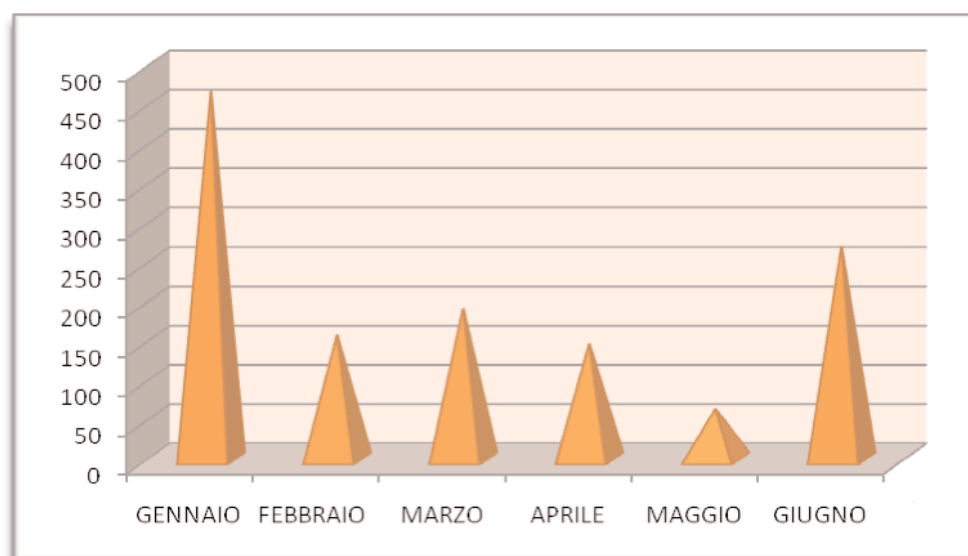


Sempre nel primo semestre del 2012, la Sezione ha preso e regolarmente contabilizzato 1.301 impegni di spesa per un importo di € 10.664.149,60, suddivisi come segue:

Tabella 15

Mese	Numero impegni presi	Importo
Gennaio	469	€ 5.500.605,35
Febbraio	158	€ 1.965.025,12
Marzo	192	€ 1.163.647,56
Aprile	147	€ 626.744,11
Maggio	64	€ 350.813,79
Giugno	271	€ 1.057.313,67
Totale	1301	€ 10.664.149,60

Tale attività è graficamente rappresentata di seguito:



Sono stati inoltre posti in essere 34 accertamenti per un totale di € 11.882.055,37, suddivisi come segue per singole mensilità:

Tabella 16

Mese	Numero accertamenti	Importo
Gennaio	5	€ 1.043.584,00
Febbraio	5	€ 2.348.695,09
Marzo	3	€ 2.020.910,61
Aprile	4	€ 2.129.805,50
Maggio	6	€ 1.841.078,64
Giugno	11	€ 2.497.981,53
Totale	34	€ 11.882.055,37

La rappresentazione grafica del dato ora indicato è la seguente:

Grafico 4.



Nel periodo in esame, la Sezione ragioneria ed economato ha altresì assicurato il periodico e costante monitoraggio dei capitoli di spesa del bilancio – sia in termini di competenza che di cassa – al fine di garantire la necessaria copertura finanziaria agli impegni assunti, e ha garantito la tempestiva indicazione alle Sezioni che ne hanno fatto richiesta della disponibilità delle risorse allocate presso i capitoli di bilancio, onde consentire alle medesime di programmare la propria attività sulla base dell'effettiva conoscenza delle risorse economiche disponibili.

Nell'ambito dei progetti di ricerca finalizzata e corrente in essere, si è proceduto al costante monitoraggio dei costi di coordinamento sostenuti dall'Agenzia e alla rendicontazione relativi dei costi.

La Sezione ha svolto attività connesse all'economato e al magazzino, curando la gestione delle scorte e provvedendo a segnalare, di volta in volta, la necessità di procedere a nuovi acquisti sempre nel pieno rispetto dei vincoli di bilancio.

Da ultimo, e sempre con riferimento alla gestione del magazzino, la Sezione ha assicurato la fornitura di quanto richiesto dalle varie Sezioni / Aree per lo svolgimento delle attività ordinarie nonché per la realizzazione e il buon fine di eventi e convegni.

Sviluppo organizzativo delle risorse umane¹⁸

13

Nel 1° semestre 2012, il processo di sviluppo organizzativo delle risorse umane dell'Agenas, incentrato nel corso dell'anno precedente nel perfezionamento del sistema interno di valutazione di tutto il personale (dirigenza e comparto) dell'Agenzia, attraverso lo strumento delle schede per obiettivi, ha contemplato essenzialmente la fase di consuntivazione dei risultati del 2011, e l'inizio della strutturazione del nuovo ciclo della performance 2012 – 2014. Al riguardo c'è da notare come l'Agenzia, dalla fine del mese di febbraio u.s, abbia visto la scadenza del mandato quinquennale del proprio Consiglio di Amministrazione, il cui rinnovo è stato perfezionato solo alla fine del mese di maggio 2012, e la cui piena operatività si è avuta solo a partire dalla fine del mese di giugno c.a.

Questa situazione, di relativa incertezza decisionale ed organizzativa, oltre ad aver comportato inevitabilmente un qualche rallentamento da parte di Agenas di tutta l'attività attinente alla valutazione dei risultati della propria performance relativa all'anno precedente, ha determinato anche uno slittamento della programmazione dell'attività per il 2012, centrata inevitabilmente sulle nuove strategie future ed i programmi operativi che solo il nuovo Consiglio di Amministrazione, non appena nel pieno dei suoi poteri istituzionali, è stato in grado di valutare e quindi di approvare.

¹⁸ a cura della struttura Sistemi di valutazione H.R. e Sviluppo Organizzativo

Valutazione delle performance

Stanti le considerazioni sopra esposte, a livello operativo, le fasi del processo di consuntivazione dei risultati 2011 si sono così articolate:

- febbraio 2012: comunicazione del direttore ai dirigenti delle singole strutture interessate sulle modalità ed i tempi di valutazione dei risultati degli obiettivi relativamente, sia alla performance individuale, che a quella organizzativa;
- marzo – maggio 2012: conclusione della valutazione e condivisione dei risultati con le tutte risorse interessate.

La tempistica di misurazione e valutazione, sviluppata nel periodo considerato, ha coinvolto il 100% delle risorse interessate, è stata ultimata per tutto il personale di comparto ed è in fase di completamento per quello dirigenziale. Inoltre, è stata sottoposta al CdA, in qualità di Organo di Indirizzo politico dell'Ente, con esito positivo, anche la proposta di valutazione da parte dell'O.I.V Agenas dei risultati conseguiti dal Direttore nel corso dell'anno 2011.

Sulla modalità di attribuzione dei livelli di performance, Agenas, a seguito di una fase proficua di contrattazione integrativa con le organizzazioni sindacali interne e di una generale condivisione con tutta la struttura dirigenziale, compresi la Direzione e l'Organo di indirizzo politico-amministrativo (CdA), oltre che di una debita informativa nei confronti dell'O.I.V., ha operato una deroga alle fasce, ai sensi dell'art. 19, comma 4, del D.Lgs. 150/2009.

La misurazione dei risultati è avvenuta tramite la compilazione, da parte di ciascun dirigente, degli obiettivi raggiunti dal rispettivo collaboratore, al quale è stata consegnata, previa condivisione dei risultati, la scheda finale con la consuntivazione avvenuta, poi siglata dallo stesso.

Nella tabella che segue, sono riportati in sintesi i dati dell'avvenuto processo di misurazione e valutazione relativo al personale di comparto.

Tabella 17

Ripartizione Risorse in Base a Posizionamento per Fasce		
<u>Fascia merito alta</u>	<u>fascia merito intermedia</u>	<u>fascia merito bassa</u>
32 %	58 %	10 %
Risorse Interessate (Comparto)		
12	21	3
Media Percentuale Raggiungimento Obiettivo per Fasce		
99 %	95 %	83 %

285



Relativamente all'adeguatezza della metodologia usata, il grado di condivisione degli obiettivi e di comunicazione inerente al processo è risultato piuttosto soddisfacente tra tutti i livelli organizzativi interessati, compresi gli stakeolder interni, quali le organizzazioni sindacali, con le quali la problematica del nuovo modello di valutazione ha costituito uno dei momenti più importanti nella conclusione positiva dell'accordo integrativo interno. Peraltro, ad oggi, non è stata attivata alcuna procedura di conciliazione, a testimonianza che la condivisione reciproca tra valutatore e valutato dell'attività da svolgere, mediante la realizzazione dell'obiettivo assegnato, ha ben funzionato sin dalla fase iniziale di elaborazione e proposta.

Per quanto attiene al perfezionamento degli strumenti di valutazione, è stato inoltre ultimato, ed è all'attenzione della Direzione, un modello, in questa prima fase in formato excel, di misurazione, utile per un veloce riscontro dei risultati della scheda – obiettivi, sia per la dirigenza, che per il comparto.

Supporto tecnico- operativo all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) per le attività di valutazione e misurazione della performance

Nel periodo considerato, in quest'ambito, è stato costantemente seguito lo sviluppo del monitoraggio da parte della CIVIT sulla documentazione prodotta

dall'Agenzia, la quale ha visto, rispettivamente, come supporto all' O.I.V.:

- la “Relazione dell' O.I.V. sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e sull'Attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità”; inoltrata alla stessa CIVIT alla fine del mese di maggio c.a.; e direttamente dalla struttura di supporto:
- la “Relazione sulla Performance Agenas 2011”, che sarà discussa ed approvata dal CdA Agenas nella seduta del 26 luglio c.a., e che sarà successivamente inoltrata alla CIVIT ed al Ministero dell'Economia e Finanze, solo dopo la relativa validazione dell' O.I.V., prevista per il mese di settembre p.v.

286



Rapporti con la Direzione

Gestione delle strutture dirigenziali e clima interno

In costante rapporto con la Direzione, l'attività ha visto, nel semestre considerato, il monitoraggio della qualità del livello decisionale, della coesione e dell'efficacia della struttura dirigenziale dell'Agenzia. Al riguardo, dopo un periodo di sospensione, è ripresa, su indicazione del Direttore, la prassi relativa alle riunioni di direzione, che ha visto la convocazione, alla fine del semestre considerato, di una riunione aperta ai dirigenti di sezione ed ai responsabili delle principali aree di attività dell'Agenas. L'agenda della riunione, oltre ad una panoramica sulla situazione organizzativa dell'Agenzia e sui possibili sviluppi relativi all'acquisto della nuova sede, ha contemplato una valutazione comune dei nuovi indirizzi di approfondimento programmatico su alcune delle tematiche più attuali ed importanti per la strategia futura dell'Agenas, approvati dal nuovo Consiglio di Amministrazione nella seduta del giugno c.a.

Coordinamento alla Direzione

Nel quadro della attività di coordinamento alla Direzione, nel semestre considerato, la gestione dei progetti esterni sul tema della Formazione manageriale e della Valutazione delle performance, seguiti su input della Direzione, ha contemplato:

Progetto di Ricerca: " Monitoraggio dei modelli di valutazione delle performance nell'ambito delle strutture del SSN" – Progetto: "Sviluppo del performance management nelle aziende sanitarie: analisi dei sistemi premianti e dello stile direzionale in rapporto al clima interno e alla soddisfazione dell'utenza"

Il progetto di ricerca, di cui in precedenza era stata curata la fase di preparazione dell'impianto metodologico e del cronoprogramma, ha visto, nel periodo considerato, un ulteriore stadio di avanzamento nell'obiettivo di completare la prima fase relativa all'analisi dei sistemi premianti; ed uno sforzo, in accordo con la Direzione, di maggiore coinvolgimento di tutte le strutture consulenziali coinvolte. Al riguardo, l'attività ha riguardato:

- la partecipazione, nella seconda decade del mese di gennaio c.a., ad una prima riunione operativa tenutasi a Firenze, che ha visto la partecipazione della Direzione Agenas e dei consulenti-esperti del ramo, in rappresentanza di vari enti di ricerca (Cerismas di Roma/Università Cattolica di Milano/ASL di Perugia, ecc.), nella quale, oltre alla valutazione congiunta dei risultati del questionario sottoposto alle aziende sanitarie nell'ultimo trimestre 2011, sono stati delineati i tempi dell'attività per il 1° semestre 2012;
- la strutturazione di una riunione ristretta (6 marzo c.a. - sede Agenas), nella quale sono stati valutati, in riferimento ai risultati del questionario, i criteri per la scelta del campione di aziende, nei confronti del quale iniziare il 2° step della prima fase della ricerca, relativo all'intervista qualitativa di approfondimento sul ciclo della performance e sui sistemi di gestione retributiva e contrattuale (aziende scelte alla fine della selezione: n. 55);
- la partecipazione diretta ad un'intervista qualitativa sul campo presso l'Azienda Ospedaliera Careggi di Firenze (9 aprile c.a.);
- il monitoraggio costante della documentazione del 1° e 2° step e dello stato d'avanzamento delle interviste effettuate a livello nazionale dalle strutture consulenziali coinvolte, progressivamente sottoposto alla valutazione della direzione;

- la partecipazione ad una seconda riunione ristretta (sede Agenas), nella quale, insieme alla Direzione, è stato fatto un primo bilancio delle interviste effettuate (alla data: su 52 aziende selezionate, completati 47 report), ed una prima valutazione, da approfondire ulteriormente, sui punti di forza e di debolezza riscontrate in sede d'intervista nelle singole aziende sanitarie.

Inoltre, nel corso del mese di maggio c.a., per una panoramica complessiva sugli obiettivi e le finalità del progetto, è stato elaborato per il numero 30 della Rivista trimestrale dell'Agenzia "Monitor", un breve saggio dal titolo "Il ciclo delle performance del management sanitario".

Organizzazione del lavoro

Organizzazione coordinata delle attività per la corretta applicazione della normativa in tema di sicurezza sui posti di lavoro

- Per quanto attiene alle problematiche di gestione dell'organizzazione del lavoro e della relativa sicurezza del personale, nel periodo considerato, e sino alla metà del mese di aprile c.a., è proseguita l'attività sulla valutazione degli aspetti logistici attinenti agli immobili, facente parte della possibile futura sede dell'Agenzia, processo che ha avuto una sua interruzione nel 2° trimestre dell'anno per situazioni esterne ed estranee alla volontà dell'Agenzia, e che solo alla fine del mese di luglio potrà riavviarsi verso nuovi possibili sviluppi. Al riguardo, sino al citato periodo di interruzione, in accordo con la Direzione, è stato redatto per il Consiglio di Amministrazione uscente un sintetico report sullo stato d'avanzamento del processo d'acquisto relativo agli stabili di proprietà dell'Enpam, siti in Roma in via Torino.
- In riferimento agli adempimenti relativi alla normativa sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, alla fine del periodo in esame., è stata elaborata, per la Direzione, un'agenda programmatica sulle principali scadenze in materia, da completare nel 2° sem. 2012 insieme al R.S.P.P. ed al medico competente.
- Per quanto attiene poi le Relazioni Sindacali, insieme alle altre

componenti della delegazione di parte pubblica dell'Agenzia, alla fine del mese di luglio c.a. si è tenuto un incontro con le R.S.U. aziendali, finalizzato, sia all'approfondimento di alcune tematiche organizzative e logistiche dell'Agenzia, che alla situazione della chiusura definitiva del contratto integrativo 2011 e alla nuova impostazione del contratto integrativo 2012.

Coordinamento delle attività del CdA

14

Attività di segretario del CdA

Attività ordinaria

Nell'attività di coordinamento delle attività del Consiglio di Amministrazione, l'obiettivo, in linea con quanto operato nel semestre precedente, è stato quello di continuare a migliorare la qualità e la coerenza della documentazione, da portare all'attenzione del CDA.

In quest'ambito, nel periodo considerato, l'attività svolta ha visto:

- la valutazione, insieme alla Direzione ed alla Presidenza, dei problemi e dei provvedimenti da sottoporre di volta in volta all'esame del Consiglio;
- il controllo, nella forma e nella sostanza, delle bozze delle varie delibere, approntate dalle strutture dell'Agenzia progressivamente coinvolte;
- la stesura dei relativi verbali relativi alle sedute del CDA (4 nel periodo in esame);
- la consueta supervisione del materiale deliberato dal CDA, firmato dalla presidenza e raccolto dalla segreteria di direzione, ed il contestuale invio alla sezione AGP per la relativa protocollazione.

Gestione della documentazione istituzionale

Relativamente alla documentazione istituzionale dell'Agenzia, da portare all'approvazione del Consiglio d'Amministrazione, è stato operato il monitoraggio dello stato d'avanzamento, il controllo e la valutazione finale, di concerto con la Direzione, dei seguenti documenti:

- la Relazione dell'attività dell'Agenzia svolta nel 2° semestre 2011, approvata nella seduta del CDA del 16 febbraio 2012;
- la Relazione dell'attività dell'Agenzia svolta nel 1° semestre 2012, in fase di completamento da parte delle strutture operative interne, e che sarà portata all'approvazione del CdA nel periodo settembre – ottobre 2012.

I Durante il 1° primo semestre 2012, le attività di comunicazione istituzionale dell'Agenzia si sono svolte nel rispetto degli indirizzi programmatici indicati dal Consiglio di Amministrazione dell' Agenas.

In sintesi, gli indirizzi citati prevedono che l'Area Comunicazione debba:

- fornire informazioni e dati corretti, validati dalle singole sezioni di Agenas, ad un pubblico esterno il più vasto possibile, composto sia da singoli utenti che dai media (televisione, radio, giornali specializzati, pubblicazioni a carattere divulgativo) utilizzando, allo scopo, diversi strumenti, quali la gestione del sito internet per la parte relativa ai testi, la redazione di pubblicazioni a carattere periodico e occasionale, l'aggiornamento dell'indirizzario, la stesura di comunicati-stampa, la supervisione della documentazione gestita dalla biblioteca, la pubblicazione sul sito di una rassegna stampa quotidiana, la collaborazione a progetti di ricerca finalizzati alla divulgazione dei risultati;
- rafforzare la comunicazione interna, facilitando lo scambio di documenti e informazioni fra le diverse sezioni dell'Agenzia e segnalando, di volta in volta, pubblicazioni, appuntamenti, iniziative promossi da altri organismi che siano di interesse specifico per le varie sezioni.

²⁰ A cura della struttura Documentazione, Informazione e Comunicazione

Per quanto riguarda la produzione di pubblicazioni, nel 1° semestre 2012 sono usciti i numeri della rivista e dei supplementi di seguito descritti.

Monitor - rivista trimestrale di Agenas

Nel mese di gennaio 2012 è stato pubblicato il numero 29 di Monitor, contenente il dossier Focus on dedicato a “Sanità e salute nella Costituzione italiana”. Da segnalare, in questo numero, l'editoriale a firma di Renato Balduzzi, Ministro della salute “ Il diritto alla salute e la manutenzione del sistema sanitario” e l'articolo introduttivo del dossier “ Sanità e salute nella giurisprudenza costituzionale” a firma di Alfonso Quaranta, Presidente della Corte Costituzionale. Nella rubrica Dalle Regioni, che raccoglie le best practice realizzate a livello regionale, sono stati pubblicati gli articoli “Linee d'indirizzo per il triage in Pronto soccorso” e “L'esperienza italiana in risposta alla Tallin Charter”. Gli articoli della rubrica Agenas on line che riferisce dei più recenti prodotti e analisi dell'Agenzia sono stati: “ Evoluzione della spesa sanitaria in tempo di crisi “ e “Due nuove Linee guida Agenas: la cefalea e il melanoma”.

A giugno 2012 è uscito il numero 30 di Monitor con il dossier Focus on dedicato alle attività di valutazione dell'Agenas con il titolo “Valutare per meglio programmare”. Nel dossier sono state raccolte tutti i primi risultati degli studi in corso che vengono condotti da Agenas con l'obiettivo di costruire un sistema organico di valutazione delle attività sanitarie nel loro complesso. Nel dossier sono stati analizzati gli aspetti relativi alla valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria, quelli risultanti dall'analisi degli esiti, dalla ricerca sulle performance del personale e del management, e lo studio condotto sulle metodologie di composizione degli indicatori della valutazione. Nella rubrica Health World, che riporta esperienze internazionali di organizzazione della sanità, in questo numero della rivista vengono presentati due casi, Israele e Usa. Nella rubrica Agenas on line, sono state pubblicate due esperienze realizzate in collaborazione con l'Agenzia: a Torino, un accordo tra la Procura della Repubblica e i servizi di pronto soccorso, e, nelle regioni Puglia, Puglia, Piemonte le iniziative prese per la diffusione della “Carta etica”.

“I Quaderni di Monitor ” - Monografie quadrimestrali

Nel mese di marzo 2012 è stato pubblicato il Quaderno di Monitor 9° supplemento al numero 29, dal titolo “La mobilità sanitaria” Nel volume vengono presentati i contributi emersi dal convegno organizzato da Agenas (sezione monitoraggio spesa sanitaria), AIE (associazione italiana di epidemiologia) e AIES (associazione italiana di economia sanitaria) sul tema “Viaggiare per la salute”. In particolare, nell'editoriale a firma di Fulvio Moirano, direttore di Agenas, il fenomeno della mobilità sanitaria viene considerato nel quadro della riorganizzazione della rete ospedaliera, mentre nell'introduzione al volume, a cura di Giuseppe Zuccatelli, particolare rilievo viene dato agli accordi di confine, visti come strumento atto a governare il fenomeno della mobilità sanitaria. Giuseppe Costa e Cesare Cislighi, curatore della monografia, hanno inquadrato, nel loro articolo, il fenomeno della mobilità in relazione alle differenze geografiche esistenti nel Paese per quanto riguarda l'accessibilità, la qualità e gli esiti delle cure.

295



Redazione e revisione di testi- Progetti di ricerca

Nel periodo considerato, sono stati redatti o rivisti testi e interviste destinati alla pubblicazione sulla rivista Monitor o su pubblicazioni specializzate del settore. Nell'ambito di uno specifico progetto di ricerca, si è, inoltre, provveduto a preparare la documentazione necessaria per elaborare una scheda di rilevazione per tutte le Regioni per “monitorare le iniziative di comunicazione in sanità, con particolare riguardo agli aspetti derivanti dal patto per la salute”.

Coordinamento attività biblioteca

Nel primo semestre 2012 è proseguita la normale attività di coordinamento della biblioteca dell'Agenzia, che provvede all'acquisizione, attraverso Internet, di articoli di riviste scientifiche su richiesta delle varie sezioni dell'Agenzia, avvalendosi del Sistema Bibliosani, piattaforma elettronica attraverso la quale si effettua l'inter-scambio bibliotecario.

Sito web www.agenas.it

Il sito dell'Agenzia viene costantemente aggiornato attraverso la revisione, la riscrittura e l'adattamento dei testi forniti dai colleghi delle diverse sezioni. Oltre a pubblicare quanto prodotto dalle singole sezioni sulle pagine tematiche interne, si è provveduto a dare visibilità sulla home page del sito ai seminari, convegni ecc. organizzati da Agenas, nella rubrica "Appuntamenti", nonché a raccogliere e divulgare, nella rubrica "In Primo piano", i risultati dei più recenti studi condotti dall'Agenzia. Per l'immediato futuro, si è predisposto un piano organico di revisione del sito, in vista della decisione della Direzione di costruire un portale di Agenas, accessibile ad un maggior numero di informazioni e documenti, rispetto al sito attuale.

296



Rassegna stampa

Nel semestre in oggetto si è provveduto a redigere e pubblicare, sia sul sito dell'Agenzia che in versione cartacea, una rassegna stampa quotidiana consistente in una selezione di articoli apparsi su quotidiani, periodici e agenzie di stampa che riguardano notizie in materia di politica sanitaria, di particolare interesse per le attività dell'Agenzia.

Si è provveduto, inoltre, a tenere aggiornata la raccolta di articoli, notizie e pubblicazioni nei quali viene citata l'Agenas che viene inserita sul sito web alla voce Dicono di noi...

Attività di ufficio stampa e organizzazione eventi

Dal 16 al 19 maggio 2012 Agenas ha partecipato, con un proprio stand, al Forum P.A. svoltosi a Roma, presso la Nuova Fiera di Roma.

In occasione del Forum P.A., sono state organizzati due seminari su:

- lo sviluppo della rete assistenziale distrettuale nel panorama nazionale e la presa incarico degli anziani non autosufficienti;
- l'attività dell'Osservatorio Agenas sulle Buone Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti.

Nel corso del Forum è stato distribuito materiale informativo e pubblicazioni dell'Agenzia. Nella stessa occasione, si è provveduto, inoltre, a stabilire contatti con altri enti, associazioni e con i responsabili della comunicazione delle Regioni presenti al Forum, per favorire, anche tramite link sui rispettivi siti web, la diffusione delle nostre linee guida, di studi e relazioni.

Nel semestre in oggetto, si è continuato a mantenere i contatti con la stampa specializzata, attraverso l'invio di articoli, analisi e comunicati stampa sulle diverse attività dell'Agenzia, nonché a coordinare interviste e approfondimenti.

In particolare, l'attività di ufficio stampa si è focalizzata in occasione di diversi convegni e seminari, organizzati dalle varie sezioni di Agenas, su temi specifici o a conclusione di progetti di ricerca, (in particolare le sezioni monitoraggio spesa, organizzazione dei servizi sanitari, qualità e accreditamento) nella diffusione di comunicati stampa, documenti, schede e ausilio agli aspetti organizzativi, allo scopo di dare maggiore risalto ai risultati ottenuti.

Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Sezione AGP - Centro Stampa

Via Puglie 23, 00187 – Roma .
Tel. 06.427491 – fax. 06.42749488
www.agenas.it e-mail info@agenas.it