



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

**Codice sito: 4.10/2013/70**

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CSR 0003798 P-4.23.2.10

del 28/08/2013



8200093

Al Presidente della Conferenza delle Regioni  
e delle Province autonome  
c/o CINSEDO  
[conferenza@pec.regioni.it](mailto:conferenza@pec.regioni.it)

All'Assessore della Regione Veneto  
Coordinatore Commissione salute  
[protocollo.generale@pec.regione.veneto.it](mailto:protocollo.generale@pec.regione.veneto.it)  
[statoregioni@pecveneto.it](mailto:statoregioni@pecveneto.it)

All'Assessore della Regione Umbria  
Coordinatore Vicario Commissione salute

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

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

Al Presidente dell'ANCI  
[mariagrazia.fusiello@pec.anci.it](mailto:mariagrazia.fusiello@pec.anci.it)

Al Presidente dell'UPI  
[upi@messaggipec.it](mailto:upi@messaggipec.it)

Alla Segreteria della Conferenza Stato – città  
(per interoperabilità)

e, p.c.

All'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari  
Regionali  
[info@agenas.it](mailto:info@agenas.it)

LORO SEDI

3



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

**Oggetto:** Relazione sull'attività svolta nel secondo semestre 2012 dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - age.n.a.s.

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - age.n.a.s., con nota pervenuta in data 1 agosto u.s., ha qui trasmesso la relazione in oggetto, deliberata dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 26 luglio 2013, 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](http://www.unificata.it) con il codice 4.10/2013/70.

Il Segretario  
Roberto G. Marino

# **Relazione sull'attività svolta nel secondo semestre 2012**

**Maggio 2013**



# Indice

<b>Quadro d'insieme</b> .....	11
-------------------------------	----

\*\*\*\*\*

## **Attività Istituzionale**

1. Il monitoraggio dei tempi di attesa e delle modalità organizzative della libera professione .....	29
2. Le iniziative relative alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza del paziente .....	45
3. L'integrazione sociosanitaria .....	61
4. Gli interventi volti allo sviluppo dell'empowerment nelle amministrazioni locali e nelle comunità .....	95
5. La promozione di iniziative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie .....	115
6. Il monitoraggio delle variabili di qualità, efficienza ed equità .....	125
7. La promozione e lo sviluppo delle attività relative a beni e servizi del SSN .....	137
8. La gestione del programma di ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua .....	139
9. Il monitoraggio dei Piani di Rientro .....	145
10. L'attività di programmazione e valutazione dell'introduzione e gestione delle innovazioni tecnologiche .....	193
11. Il POAT (Progetto Operativo di Assistenza Tecnica) .....	211

\*\*\*\*\*

## **Attività di funzionamento**

12. Affari generali e Gestione del personale .....	241
13. Gestione economica e finanziaria .....	257

## **Attività di Coordinamento alla Direzione**

14. Sviluppo organizzativo e delle risorse umane .....	261
15. Coordinamento delle attività del CDA .....	267

## **Attività di Comunicazione**

16. Informazione, Comunicazione e Documentazione .....	269
--	-----



## Allegati – su CD Rom

- Allegato 1:** Schema intervista - Monitoraggio delle modalità organizzative della libera professione
- Allegato 2:** Procedura visita - Monitoraggio delle modalità organizzative della libera professione
- Allegato 3:** Verbale visita ASL Arezzo 3 dicembre 2012 - Monitoraggio delle modalità organizzative della libera professione
- Allegato 4:** Report ASL Arezzo 3 dicembre 2012 - Monitoraggio delle modalità organizzative della libera professione
- Allegato 5:** Relazione Monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI) - Monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per le prestazioni erogate in attività libero professionale intramuraria ed intramuraria allargata
- Allegato 6:** Relazione sull'attività relativa ai Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) - Supporto al Monitoraggio dei tempi di attesa per i percorsi diagnostico terapeutici
- Allegato 7:** Le Buone Pratiche 2012 - Titoli, contatti e sintesi per il cittadino - Il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti
- Allegato 8:** Scheda di rilevazione dei sistemi informativi - Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative - Ricerca Autofinanziata Supporto alle Regioni nel governo della rilevazione dei sinistri finalizzato al miglioramento della qualità e della sicurezza

- Allegato 9:** Testo dell'intervista per Regioni già in possesso di un sistema di gestione sinistri e polizze - Ricerca Autofinanziata "Supporto alle Regioni nel governo della rilevazione dei sinistri finalizzato al miglioramento della qualità e della sicurezza"
- Allegato 10:** Testo dell'intervista per Regioni con sistema di gestione sinistri e polizze di recente implementazione - Ricerca Autofinanziata "Supporto alle Regioni nel governo della rilevazione dei sinistri finalizzato al miglioramento della qualità e della sicurezza"
- Allegato 11:** "Progetto Agenas - Network Cochrane Italiano Osservatorio Buone Pratiche per la sicurezza dei pazienti - Rapporto di attività" - Collaborazione con NETWORK COCHRANE ITALIANO
- Allegato 12:** Materiale didattico corso di formazione "La check list nel percorso chirurgico" - 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)"
- Allegato 13:** Progetto PaSQ - Frame work e glossario di riferimento - Joint Action PaSQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care)
- Allegato 14:** Schede contenuti informativi in lingua araba - Campagna informativa "Il corretto uso del numero telefonico 118 e dei servizi di emergenza-urgenza"
- Allegato 15:** Programma dell'evento di presentazione dei risultati della Ricerca Corrente 2010 "Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari", ENPAM, 7 novembre 2012

- Allegato 16:** Poster "Citizens' participation in the creation of a national model for quality assessment and improvement of hospital service delivery", 29° Conferenza internazionale dell'ISQua Ginevra, 21-24 ottobre 2012 - Ricerca Corrente 2010 "Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari"
- Allegato 17:** Programma del Convegno nazionale di diffusione dei risultati del Progetto di Ricerca Corrente 2010 "I processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari" (Roma, 6 dicembre 2012)
- Allegato 18:** Relazioni presentate al Convegno nazionale di diffusione dei risultati del Progetto di Ricerca Corrente 2010 "I processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari"
- Allegato 19:** Relazione finale del Progetto di Ricerca Corrente 2010 "I processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari"
- Allegato 20:** Programma del seminario nazionale organizzato con l'Azienda USL di Ravenna (Bologna, 27 settembre 2012)
- Allegato 21:** Contributo di Agenas dal titolo "Empowerment e Percorsi di cura in oncologia: prospettive di ricerca e sviluppo", presentato nell'ambito del seminario nazionale del 27 settembre 2012
- Allegato 22:** Programma del seminario nazionale organizzato con l'Ulss 16 di Padova (Padova, 5 ottobre 2012)
- Allegato 23:** Contributo di Agenas dal titolo "IL CONTESTO in cui nasce il PROGETTO", presentato nell'ambito del seminario nazionale del 5 ottobre 2012
- Allegato 24:** Articolo in lingua inglese, pubblicato su Health Policy (febbraio 2013), dal titolo "Hospital network performance: A survey of hospital stakeholders' perspectives" (Bravi et alii, 2013)

- Allegato 25:** Articolo in lingua italiana, pubblicato su Ricerca&Pratica nel 2012, dal titolo "Aspetti critici e di successo di un modello hub & spoke in Sanità Il punto di vista dei promotori della Rete Oncologica Area Vasta Romagna"
- Allegato 26:** Capitolo in lingua italiana dal titolo "Le reti in Sanità", pubblicato nel dicembre 2012 in collaborazione con Osservatorio Fiaso all'interno del volume "Il ruolo delle Aziende Sanitarie nelle reti cliniche in Italia"
- Allegato 27 :** Articolo in lingua italiana, in pubblicazione sul Quaderno n 12 dell'Agenzia ARS Liguria, dal titolo "La riflessione sulle reti in Sanità e il ruolo di Agenas"
- Allegato 28:** Progetto di ricerca autofinanziata "Empowerment, percorsi clinico-assistenziali e scelte diagnostico-terapeutiche in oncologia"
- Allegato 29:** La definizione dei Centri di Competenza - Ricerca Autofinanziata "Una Community per le malattie rare"
- Allegato 30:** I componenti del Comitato Progettuale - Ricerca Autofinanziata "Una Community per le malattie rare"
- Allegato 31:** Presentazione incontro del 12 dicembre 2012 - Ricerca Autofinanziata "Una Community per le malattie rare"
- Allegato 32:** Criteri di input - Ricerca Autofinanziata "Una Community per le malattie rare"
- Allegato 33:** Criteri di processo - Ricerca Autofinanziata "Una Community per le malattie rare"
- Allegato 34:** Regione Calabria, criteri e metodi per la revisione normativa accreditamento - Supporto alla Regione Calabria per la rivisitazione dei percorsi di autorizzazione e accreditamento

- Allegato 35:** Indagine sullo stato di implementazione dei percorsi di accreditamento delle strutture pubbliche e private - Monitoraggio del percorso di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche
- Allegato 36:** Agenas - Regione Calabria - Deliberazione Giunta Regionale n 518 del 28 12 2012 : Piano dei Conti
- Allegato 37:** Relazione Regione Friuli Venezia Giulia – accordo collaborazione supporto acquisti tecnologie sanitarie e monitoraggio prezzi
- Allegato 38:** Report HTA – PET/CT for Cancer staging
- Allegato 39:** Report HTA – PET/CT for Cancer staging- Appendicies
- Allegato 40:** Polylactic Glicolic Acid Absorbable Synthetics Suture – Sistematic Reviewv – sett 2012
- Allegato 41:** Allestimento flusso proposte Valutazione Tecnologie innovative – Relazione finale
- Allegato 42:** Report HTA Diabete – sett 2012
- Allegato 43:** Horizon Scanning – report n 10
- Allegato 44:** Survey processi aziendali - POAT - linea verticale n 8
- Allegato 45:** Direttiva Albo professionisti HTA
- Allegato 46:** Programma CCM 2010 - Progetto Screening audiologico neonatale – Relazione finale – ott 2012

**Cartella allegati POAT da n.1 a n.55**

**Cartella allegati AGP da n.1 a n,4**



## Quadro d'insieme

L'articolo 8 del Regolamento dell'Ente 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 secondo 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 secondo 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 secondo 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 2012, il nuovo Consiglio di Amministrazione, 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 socio-sanitaria, 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**

Come già evidenziato nella relazione del semestre precedente, Il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2010-2012), ha messo a regime un sistema informativo – basato su flussi correnti – per monitorare i tempi di attesa di 43 prestazioni ambulatoriali e 15 ospedaliere in regime di ricovero, oltre che i per-

corsi 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 secondo semestre 2012, Agenas ha quindi effettuato un monitoraggio nazionale dei tempi di attesa di 43 prestazioni erogate in attività libero professionale intramuraria ed intramuraria allargata 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 È stata avviata la fase di elaborazione ed analisi dei dati, con la finalità di produrre un documento tecnico È stata predisposta ed inviata al Ministero della Salute la relazione relativa al monitoraggio nazionale on line dei tempi di attesa relativo alle prestazioni erogate in attività intramoenia ed intramoenia allargata di Aprile 2012 Si è conclusa la relazione relativa al monitoraggio dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici (Anno 2011) ed è stata inviata al Ministero della Salute Si è dato inizio inoltre alla raccolta ed alla ri-elaborazione dei dati sul monitoraggio dei tempi di attesa nei percorsi diagnostico terapeutici (PDT) complessi (Anno 2012) e si è fornita formazione in loco alle regioni che non hanno fatto richiesta di chiarimenti sulla metodologia .

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 col-

laborazione con un gruppo di esperti regionali - delle procedure di rilevazione e della metodologia utilizzate.

Si è 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 .

L'Agenas sulla base della richiesta di 7 regioni, di supportare le attività di monitoraggio regionale dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in Alpi ha avviato un processo di aggiornamento e di adeguamento del portale web Si è inoltre dato inizio alla stesura del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2014-2016) .

Per quanto attiene la libera professione, l'Agenzia ha messo in atto una serie di attività strategicamente finalizzate all'analisi del fenomeno su mandato dell'Osservatorio nazionale per l'attività libero professionale In particolare ha collaborato alla realizzazione dei diversi monitoraggi attivati dall'Osservatorio sin dalla sua istituzione, avvenuta nel 2008, fornendo supporto scientifico, metodologico ed organizzativo alla pianificazione ed implementazione.

L'attività ricognitiva, posta in essere dall'Osservatorio, risponde all'esigenza di monitorare le scelte operative compiute dai governi regionali per dare attuazione, in particolare, alle ultime disposizioni emanate dal legislatore e dirette a disciplinare la materia ed è funzionale alla predisposizione della relazione annuale al Parlamento Quest'ultima rappresenta, infatti, lo strumento principale di diffusione dei risultati acquisiti ed illustra lo stato dell'arte rispetto al fenomeno.

Nel corso del secondo semestre 2012 è stato dato avvio al quarto monitoraggio sullo stato di implementazione delle disposizioni contenute nella legge n 120 del 2007 e successive modificazioni e nell'Accordo Stato-Regioni/P A del 18 novembre 2010 e l'Agenas ha contribuito fattivamente sia alla sua progettazione che alla realizzazione.

Parallelamente, l'Agenzia ha attivato - in un'ottica di condivisione delle conoscenze - uno studio finalizzato ad identificare i punti di forza dei modelli aziendali virtuosi della libera professione, con l'intento di evidenziarne le caratteristiche trasferibili, promuoverne la valorizzazione e favorirne la diffusione .

È stata avviata, poi, la prima fase dello studio, di natura sperimentale, che prevede la validazione del modello di analisi, compiuta attraverso l'individuazione di un contesto regionale favorevole e all'interno di esso di una specifica realtà aziendale, presso cui procedere alla valutazione degli strumenti e delle procedure di indagine e verificare la loro propensione ad individuare gli aspetti ritenuti essenziali del sistema e le caratteristiche trasferibili. Della positiva esperienza compiuta si è dato riscontro in un verbale ed in un report specifico.

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

Le iniziative promosse e realizzate da Agenas al fine di supportare le Regioni e il Ministero della Salute nella gestione del rischio clinico si inquadrano nella cornice metodologica dell'Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti e dell'Osservatorio Nazionale Sinistri. A cinque anni dall'avvio delle attività Osservatorio Buone Pratiche, possiamo dire che il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti risulta ormai consolidato presso le Regioni e P A, le Organizzazioni Sanitarie e i Professionisti del territorio nazionale. Nel corso delle cinque call for good practice ad oggi realizzate, l'adesione delle Regioni è stata pressoché totale: 21/21 Regioni e P A hanno alimentato l'archivio web dell'Osservatorio che consta attualmente di circa 1500 esperienze di miglioramento della sicurezza dei pazienti e delle cure, pubblicamente consultabili sul sito Agenas (<http://buonepratiche.agenas.it/practices.aspx>).

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 - sono in corso di realizzazione interventi di trasferimento/implementazione di alcune buone pratiche in tutte le Organizzazioni Sanitarie di due Regioni ii) inter-regionale - è stato applicato il modello di scambio inter-regionale delle buone pratiche al sistema di monitoraggio delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella, iii) internazionale, nell'ambito della Joint Action PaSQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care) a cui l'Agenas partecipa in qualità di Associated Partner.

Per le azioni di livello intra-regionale è stato avviato il percorso formativo (a cui hanno partecipato ad oggi oltre 100 professionisti sanitari della Regione Molise) volto allo sviluppo e alla sperimentazione di un sistema per l'autovalutazione e la valutazione esterna della sicurezza delle strutture sanitarie ed è stata definita, in condivisione tra le Società Scientifiche, il Tavolo Intersocietario per il rischio clinico, l'Agenas e l'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo, la strategia di intervento per la promozione della sicurezza in chirurgia nella Regione Abruzzo.

Il trasferimento delle buone pratiche a livello inter-regionale è stato promosso tramite la realizzazione di due giornate di confronto inter-regionale focalizzate sui modelli regionali di gestione delle buone pratiche, con particolare riferimento al monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella.

A livello internazionale, i metodi e gli strumenti sviluppati dall'Osservatorio hanno costituito i principali riferimenti per analoghe attività di individuazione, valutazione e diffusione delle buone pratiche in corso di realizzazione a livello europeo nell'ambito della Joint Action PaSQ, il cui sistema è stato testato su alcune buone pratiche dell'Osservatorio Agenas.

Ancora nelle azioni a supporto alle Regioni si inquadrano le attività condotte da Agenas nell'ambito dell'Osservatorio Nazionale Sinistri che, in collaborazione con tutte (21/21) le Regioni e Province Autonome, ha finalizzato finalizzata l'indagine sui sistemi regionali di gestione sinistri e polizze assicurative Dall'analisi preliminare delle informazioni rilevate è risultato un panorama in lenta ma continua evoluzione sia in termini di sviluppo di sistemi regionali di gestione dei sinistri che di modelli organizzativi adottati dalle Regioni per la gestione del rischio RCT/O Con l'obiettivo di adeguare i contenuti del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) ai fabbisogni informativi espressi dalle Regioni, con la definizione di un set di indicatori, condivisi da tutte le Regioni, da applicare alle informazioni relative alle denunce di sinistri, si è conclusa la prima fase di un progetto in collaborazione con il Ministero della Salute - Direzione Generale Sistema Informativo.

## L'integrazione sociosanitaria

Relativamente al sostegno operativo a garanzia della integrazione socio-sanitaria, come evidenziato in dettaglio nella parte di competenza della presente relazione, possiamo riassumere sinteticamente l'attività Agenas portata avanti nel secondo semestre 2012, nei seguenti punti:

- la promozione e il monitoraggio dell'integrazione sociosanitaria ( Gruppo di lavoro SIQUAS; i Fondi Sanitari Integrativi; "Assistenza sociosanitaria – fabbisogni e costi"; il Gruppo di lavoro GISM-Agenas sulla residenzialità psichiatrica );
- l'assistenza sociosanitaria: cronicità e prevenzione, con l'implementazione di vari progetti e programmi sul tema ( progetto MATRICE, progetto CCM 2009, Progetto CCM 2011 / Progetto: analisi ragionata dei Piani regionali della Prevenzione / PRP);
- l'assistenza territoriale e Accesso alla Rete dei Servizi Sanitari e Sociosanitari Regionali ( Progetto PIC; Tavolo PUA );
- la medicina generale, distretti e cure palliative ( Commissione Nazionale sulle cure palliative e terapia del dolore; Campagna informativa Progetto "Ospedale senza dolore"; Progetto di ricerca 2010–2011 - piano oncologico di prevenzione );
- i pareri e supporto giuridico nella predisposizione di Piani Sanitari Regionali;
- Il monitoraggio dell'implementazione degli obiettivi stabiliti dal PSN - Progetto sugli obiettivi prioritari di PSN per le cure primarie
- le ricerche Europee sull'attività di Day Surgery ( Day Surgery Data Project – Dsdp; Improving Patient Safety Of Hospital Care Through Day Surgery – Daysafe );

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

In ottemperanza al mandato ricevuto dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni (2007), l'Agenas promuove lo sviluppo all'interno dei servizi sanitari regionali di

processi di empowerment individuale, organizzativo e di comunità. Tale obiettivo è perseguito attraverso un modello di intervento e miglioramento che prevede la condivisione di valori e strumenti, la rilevazione di esperienze significative, la diffusione di saperi per giungere alla promozione di azioni. Tale modello, che va sotto il nome del Ciclo delle buone pratiche per l'empowerment, guida le diversificate attività che l'Agenas ha realizzato e continua a realizzare in tale ambito, in condivisione con le Regioni/PA ed il Ministero della Salute.

Nel secondo semestre 2012, nell'ottica di rilevare esperienze significative e diffonderne la conoscenza, l'Agenas ha promosso l'aggiornamento del data base delle buone pratiche per l'empowerment a cui contribuiscono le Regioni e Province autonome, segnalando le iniziative ritenute esemplari che sono state sviluppate nei propri contesti. Grazie alla disponibilità dei referenti del gruppo interregionale sull'empowerment sono pervenute all'Agenas 71 nuove iniziative che, aggiunte alle precedenti già pubblicate, portano il data base a quota 142 buone pratiche.

Attraverso Accordi con il Ministero della salute e progetti di Ricerca corrente e autofinanziata, l'Agenas ha proseguito il proprio impegno nel promuovere ricerche e azioni concrete che possano favorire processi di empowerment a livello individuale, organizzativo e di comunità. Di seguito si illustrano sinteticamente attività e risultati.

In merito alla Campagna informativa nazionale sull'utilizzo appropriato dei servizi di emergenza-urgenza, che rappresenta uno strumento di promozione dell'empowerment individuale, la seconda parte del 2012 è stata caratterizzata dallo sviluppo dei canali comunicativi previsti dal piano di diffusione nazionale. È stata pubblicata, infatti, la pagina Facebook e sono state messe in rete e valorizzate, attraverso il restyling del sito della campagna, le attività ed i prodotti realizzati dalla Regioni nell'ambito della diffusione locale della campagna informativa (opuscoli e poster distribuiti presso scuole, URP, farmacie, ambulatori dei MMG e PLS; album pre-fumettati per concorsi di idee nelle scuole elementari, spot radiofonici; articoli pubblicati sui "giornalini di quartiere", giochi interattivi su Facebook, ecc.). Sono stati, inoltre, tradotti e diffusi i contenuti informativi in lingua araba ed è proseguito il lavoro per l'elaborazione delle Linee Guida per la valutazione della campagna informativa, messe a disposizione delle Regioni/PA per la realizzazione di iniziative locali.

Nell'ambito della promozione dell'empowerment organizzativo, sono stati raggiunti i seguenti risultati:

- in collaborazione con le Regioni/P A e con la partecipazione delle equipe locali di operatori e cittadini, sono stati attribuiti i pesi ai fattori ed agli elementi che costituiscono la check-list per la valutazione del grado di umanizzazione dell'assistenza ospedaliera;
- sono stati inoltre discussi con i referenti regionali i possibili sviluppi degli indicatori in funzione dell'implementazione del Sistema di Monitoraggio della Qualità (SMQ) del SSN;
- è stato avviato, in collaborazione con la Federazione Nazionale Malattie Rare Uniamo, un progetto per l'individuazione e la sperimentazione di un modello di valutazione della qualità dei centri di competenza per le malattie rare;
- si sono realizzate, in collaborazione con la Fondazione Censis, le prime attività per l'individuazione e la sperimentazione di un modello per valutare l'empowerment nelle organizzazioni sanitarie;
- è stato avviato in collaborazione con la fondazione Censis un progetto per l'individuazione e la sperimentazione di un modello per valutare l'empowerment nelle organizzazioni sanitarie;
- con la collaborazione dell'Azienda UsI di Ravenna, nel territorio dell'Area Vasta Romagna e in particolare 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 ed alla partecipazione ai processi di decisione e scelta diagnostico-terapeutica
- con la collaborazione dell'Ulss 16 di Padova e della rete ospedale-territorio, realizzata in supporto al paziente fragile (in particolare, persone con diagnosi di demenza e/o Alzheimer), è stato costruito un pacchetto formativo rivolto agli informal caregiver (il pacchetto, insieme agli strumenti ad esso associati, è consultabile in rete all'indirizzo <http://www.sosdemenza.it/>;

- sono state realizzate numerose pubblicazioni, su riviste nazionali ed internazionali (i e , sulla rivista Ricerca&Pratica nel 2012 e sulla rivista Health Policy nel 2013), per la diffusione dei risultati di ricerca e la promozione del confronto intorno ai temi della riflessione sui modelli organizzativi per la rete oncologica, della qualità/continuità di cura, della valutazione e dell'esperienza del paziente nel percorso oncologico
- è stata avviato un confronto con gli interlocutori regionali, al fine di realizzare e promuovere iniziative di ricerca e azione a sostegno dell'Empowerment nell'ambito dei percorsi di cura oncologici

Relativamente alle azioni realizzate dall'Agenas per promuovere l'empowerment di comunità, è stato, inoltre, avviato, in collaborazione con l'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri", un progetto per la sperimentazione e la diffusione del metodo decisionale "Giurie dei cittadini", utile per favorire la partecipazione dei cittadini alle scelte in Sanità.

### **La promozione di iniziative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie**

Rispetto la tema, nel semestre considerato, Agenas, al fine di ottemperare alle specifiche funzioni in materia di accreditamento assegnate dall'Accordo Stato-Regioni del 20 settembre 2007, ha avviato diverse attività orientate a promuovere iniziative di confronto e di omogeneizzazione tra le diverse Regioni/P A. In particolare, si possono evidenziare:

- l'accREDITamento quale strumento per il miglioramento continuo della qualità. Nell'ultimo triennio l'Agenas ha collaborato con le Regioni/P A e con il Ministero della Salute alla predisposizione di un quadro comune di riferimento in materia di accreditamento. Nell'ambito del Tavolo per la revisione della normativa sull'accREDITamento, istituito ai sensi dell'articolo 7, comma 1 del Patto della Salute 2010-2012, sono stati individuati e condivisi 8 Criteri e 28 requisiti ritenuti essenziali per l'accREDITamento "istituzionale" e comuni a tutti i sistemi regionali. Il documento elaborato è stato trasmesso alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, che lo ha approvato con specifica Intesa in data 20 dicembre u.s. I criteri e requisiti individ-

uati dovranno, ai sensi della citata Intesa, essere contenuti nella normativa di riferimento di ogni Regione e Provincia Autonoma e, successivamente, valutati con modalità omogenee sul territorio nazionale. L'intesa dovrà essere recepita entro 6 mesi dall'adozione mentre, le modalità e i tempi di adeguamento ai contenuti, saranno definiti entro dicembre 2013, da uno specifico Tavolo tecnico. Tenendo conto del lavoro svolto e dei risultati conseguiti, l'Agenas ha ritenuto utile e prioritario promuovere un'analisi approfondita del documento approvato, al fine di predisporre strumenti e metodologie, di supporto alle Regioni/P A nell'applicazione e nell'adattabilità dei criteri e requisiti individuati. Posto tale obiettivo si è proceduto alla elaborazione di un manuale operativo in grado di suggerire eventuali declinazioni/puntualizzazioni dei criteri e dei requisiti. Il manuale è stato impostato secondo la logica del ciclo di Deming, procedendo a declinare ogni requisito nella quattro fasi previste dalla procedura del PDCA (PDCA plan-do-check-act).

- Supporto alla Regione Calabria per la rivisitazione dei percorsi di autorizzazione e accreditamento

L'Agenas ha accolto positivamente la richiesta di supporto alla rivisitazione del sistema di accreditamento formulata dalla Regione Calabria, impegnandosi nello studio del contesto specifico e rimettendo l'implementazione delle relative attività all'interno di un progetto di ricerca denominato "Supporto all'implementazione dei programmi di accreditamento regionali". Al fine di comprendere pienamente le esigenze ed i risultati attesi dalla Regione e condividere le modalità di lavoro, sono stati programmati e realizzati diversi incontri con i referenti regionali. È stato predisposto e trasmesso alla Regione uno specifico piano di lavoro contenente la metodologia, le macroattività ed i tempi di realizzazione. In linea con quanto pianificato è stato avviato uno studio approfondito sui manuali e sulle procedure di accreditamento ed è stato impostato un lavoro di declinazione e puntualizzazione dei criteri e dei requisiti approvati a livello nazionale con l'Intesa del 20 dicembre u s

Nella fase attuale è in via di definizione il manuale di accreditamento, mentre entro tempi brevi si dovrà dar avvio alle procedure di revisione del percorso autorizzativo

- Monitoraggio dei percorsi di accreditamento delle strutture pubbliche e private

Sin dal 2009 l'Agenzia si è occupata di monitorare lo stato di implementazione del percorso di accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie, sia pubbliche che private, su mandato del Ministero della Salute e delle Commissioni salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. I risultati delle indagini poste in essere dall'Agenzia hanno contribuito a delineare lo stato dell'arte dei citati percorsi nelle diverse Regioni/P A , anche alla luce delle scadenze fissate dalla Legge Finanziaria 2007 e successive modificazioni per il passaggio all'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture private, e hanno rappresentato uno strumento di supporto al legislatore nell'analisi del fenomeno.

L'ultima rilevazione è stata condotta nel 2012, ed ha riguardato - come le precedenti - i percorsi di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche ed unicamente il percorso di accreditamento delle strutture 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. Dai dati rilevati sono emersi con chiarezza i progressi realizzati sia riguardo alle strutture pubbliche che a quelle private (residenziali sanitarie e sociosanitarie) e l'impegno dei governi regionali per la conclusione delle procedure. In riferimento al settore pubblico, si è osservato un incremento della percentuale di strutture che hanno completato il percorso autorizzativo, e quello di accreditamento. In questo ambito, le strutture ospedaliere e residenziali mostrano un'ampia crescita, con i valori percentuali maggiori di accreditamento.

Relativamente al settore privato, e più in dettaglio alle strutture private residenziali sanitarie e sociosanitarie, i risultati dell'indagine riportano un percorso di accreditamento in fase di sviluppo avanzato, sebbene con una certa disomogeneità territoriale. L'analisi ha evidenziato che alcune Regioni e in particolare talune impegnate nei piani di rientro dal disavanzo sanitario - che hanno avviato da breve tempo il percorso di accreditamento - non riusciranno verosimilmente a completarlo entro

la scadenza fissata dal legislatore (1° gennaio 2013) Gli esiti del monitoraggio sono stati illustrati in un report conclusivo trasmesso, in forma riservata e non divulgabile, al Ministero della Salute e alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome

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

Al fine di aggiornare il quadro di conoscenze sui diversi contesti regionali e seguire le evoluzioni in atto, l'Agenas promuove ciclicamente un'attività ricognitiva delle normative regionali in materia di autorizzazione e accreditamento, funzionale altresì alla rivisitazione delle schede sintetiche descrittive delle procedure, utili alla lettura e alla comparazione dei diversi sistemi

- 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

- Partecipazione all'EAN (European Accreditation Network)

In riferimento alla tematica dell'accREDITamento Agenas segue e partecipa anche ai lavori dell'European Accreditation Network – EAN, una rete di organizzazioni nazionali e internazionali che si propone di favorire lo scambio di esperienze e di idee, nonché la creazione di partnership e lo sviluppo di strategie condivise a livello europeo

### **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 valutazione nazionale in ambito sanitario, nel periodo considerato si sono ulteriormente sviluppate quelle iniziative sul tema messe in campo da Agenas sin nel corso del biennio 2011 – 2012. In questo senso, nel corso del 2° semestre 2012, il gruppo di lavoro Agenas ha continuato a sviluppare 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 e della libreria di codice sorgente;
- b) sviluppo del prototipo di sito web per il Sistema di Monitoraggio della Qualità (SMQ) del SSN;
- c) messa a punto e "pesatura" degli indicatori relativi alla sezione DIRITTI (Empowerment) dello schema generale del SMQ

Inoltre, nell'ambito dell'attività del Programma nazionale Esiti, Agenas, di cui si rimanda, per i dettagli delle singole iniziative intraprese nel periodo, al capitolo di pertinenza della presente relazione, il programma di lavoro ha contemplato, in accordo con il Ministero della Salute, una particolare attenzione alle modalità di comunicazione dei risultati di PNE.

Altrettanto impegno è stato messo in campo da Agenas anche sul versante del controllo e valutazione della spesa sanitaria attraverso i conti economici, che ha visto varie attività progettuali, tra le quali, in particolare:

- l'analisi dei provvedimenti regionali in tema di sistemi di remunerazione;
- il Programma CCM 2009 – progetto "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali"
- il Progetto di un nuovo sistema di misurazione e valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere;
- l'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;
- il Progetto: "Assistenza sociosanitaria – fabbisogni e costi"

### **La promozione e lo sviluppo delle attività relative a beni e servizi del SSN**

Nell'ambito della linea di attività prevista negli indirizzi strategici e programmatici di Agenas, riguardante "la promozione e sviluppo delle attività di studio e analisi

relative all'acquisizione di beni e servizi nel Ssn, come supporto alle attività di spendine review", sono state implementate le funzioni già in essere nel I° semestre 2012.

In questo contesto, proseguendo la collaborazione tra Agenas e Regioni, questa Agenzia ha formalizzato un progetto finalizzato ad approfondire aspetti tecnici prope-  
deutici alla rilevazione dei prezzi di acquisto dei beni e servizi in ambito sanitario e ad individuare una appropriata metodologia di gestione dei prezzi di riferimento.

Le motivazioni di tale attività, già scaturite anche da specifiche esigenze regionali, riguardano essenzialmente la necessità di condividere una procedura operativa che permetta di verificare/revisionare i prezzi di riferimento pubblicati dall'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici (AVCP).

Nel periodo considerato, in particolare, è stata condotta tutta la fase istruttoria per la realizzazione di un set di informazioni aggiuntive sulle tipologie di farmaci, dispositivi medici e servizi non sanitari già indagati nella fase precedente.

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

Come noto, dal 1° gennaio 2008, con l'entrata in vigore della Legge 24 dicembre 2007, n. 244, la gestione amministrativa del programma di ECM 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 secondo semestre 2012, si può evidenziare come con la IV° Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina, svoltasi a Cernobbio nell'ottobre 2012, sotto la direzione scientifica della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, del Ministero della Salute e

di Agenas, si siano potuti analizzare i risultati prodotti nell'anno e le criticità emerse sul piano dell'offerta formativa dall'applicazione delle nuove regole, nonché presentate le più importanti novità del settore ed approfondite le tematiche di maggior interesse ed attualità per gli operatori della formazione in Sanità.

## **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 2° 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, Molise, Puglia e Sardegna. Si è inoltre avviato un proficuo rapporto di collaborazione con la regione Lazio.

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

Nel periodo preso in esame, Agenas, 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, l'Agenzia ha condotto l'ulteriore sviluppo di tutte quelle iniziative, in materia di innovazione organizzativa e tecnologica, già consolidate nelle fasi precedenti. In particolare:

- 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 conven-

zioni 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'Agenas, 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 e 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.

Le attività POAT affidate all'Agenas, i cui dettagli relativi al secondo semestre 2012 sono specificatamente evidenziati nella relazione estesa e negli allegati di riferimento, sono, sia di carattere trasversale, cioè comuni a tutte le regioni, sia di carattere verticale, cioè settoriali e specifiche per una o più regioni. Esse sono poste in atto seguendo un apposito piano di attuazione le cui tappe previste sono state costantemente rispettate. Alla data sono direttamente interessati all'affiancamento tecnico 194 tecnici regionali di vario livello e funzione, mentre il personale di assistenza tecnica e supporto organizzativo / amministrativo è complessivamente composto da 71 elementi.

# 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 attesa<sup>1</sup>

Nel secondo semestre 2012, l'Agenas ha contribuito alla realizzazione del quarto monitoraggio sullo stato di attuazione delle disposizioni contenute nella legge n. 120 del 2007 e successive modificazioni e nell'Accordo Stato-Regioni/P.A. del 18 novembre 2010, disposto dall'Osservatorio nazionale per l'attività libero professionale e funzionale alla raccolta delle informazioni utili alla predisposizione della relazione annuale al Parlamento. Ha collaborato fattivamente alla implementazione dell'attività di rilevazione, di raccolta dei dati, nonché di verifica e analisi. Nello stesso periodo l'Agenas ha approvato il progetto di ricerca autofinanziata dal titolo "Metodologie e strumenti diretti a favorire l'accessibilità, la continuità assistenziale ed il governo della libera professione intramuraria", nell'ambito del quale ha previsto l'attivazione di uno studio finalizzato ad esaminare le caratteristiche dei modelli organizzativo-gestionali virtuosi della libera professione, al fine di promuoverne la diffusione in altri contesti. Nel secondo semestre in particolare è stata avviata la fase preliminare dello studio diretta a sperimentare le procedure e gli strumenti di indagine. Nella fase preliminare è stata coinvolta una Regione e una struttura del territorio afferente che è stata oggetto di una visita di approfondimento. I risultati dell'esperienza sono stati riportati in un verbale e in un report sintetico.

<sup>1</sup> a cura della *sezione Qualità e Accreditamento*

Nel corso del secondo semestre, l'Agenas ha effettuato il monitoraggio nazionale on line dei tempi di attesa relativo alle prestazioni erogate in attività intramoenia ed intramoenia allargata nei giorni indice 1-2-3-4-5 Ottobre 2012 fornendo, tra l'altro, supporto tecnico scientifico alle Regioni/P A. Oggetto di monitoraggio sono state 43 prestazioni (29 prestazioni strumentali e 14 visite specialistiche). È stata avviata la fase di elaborazione ed analisi dei dati, con la finalità di produrre un documento tecnico. È stata predisposta ed inviata al Ministero della Salute la relazione relativa al monitoraggio nazionale on line dei tempi di attesa relativo alle prestazioni erogate in attività intramoenia ed intramoenia allargata di Aprile 2012. Nel semestre di riferimento, si è conclusa la relazione relativa al Monitoraggio dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico-terapeutici (Anno 2011), si è dato inizio alla raccolta e alla rielaborazione dei dati sul monitoraggio dei tempi di attesa nei percorsi diagnostico terapeutici (PDT) complessi (Anno 2012) e si è fornita formazione in loco alle regioni che non hanno fatto richiesta di chiarimenti sulla metodologia. 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 Aprile 2012. L'Agenas sulla base della richiesta di 7 regioni di supportare le attività di monitoraggio regionale dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in Alpi ha avviato un processo di aggiornamento e di adeguamento del portale web. Si è inoltre dato inizio alla stesura del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2014-2016).

## **Monitoraggio nazionale dell'attività libero professionale intramuraria ed intramuraria allargata**

### **Monitoraggio delle modalità organizzative della libera professione**

L'Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale ha promosso - nel corso del secondo semestre 2012, con il supporto tecnico-scientifico dell'Agenas - alla realizzazione del quarto monitoraggio sullo stato di implementazione delle disposizioni contenute nella legge 3 agosto 2007, n. 120 e successive modificazioni e nell'Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010.

Le informazioni derivanti dal monitoraggio costituiranno il riferimento principale per la stesura della relazione annuale al Parlamento, nella quale dovranno essere rappresentati i progressi messi in atto dalle Regioni e Province autonome per dare concreta attuazione alle disposizioni che disciplinano il fenomeno e dinanzi citate.

L'Agenas ha collaborato, con la Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale del Ministero della Salute:

- all'implementazione dell'indagine, predisponendo lo strumento di rilevazione e, in particolare, adattandolo alle nuove indicazioni espresse dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome;
  - alla raccolta delle relazioni e delle schede di rilevazione trasmesse dalle Regioni e Province Autonome;
  - alla verifica preliminare della qualità dei dati trasmessi e all'eventuale richiesta di chiarimenti e/o integrazioni;
  - alla predisposizione di una scheda riepilogativa;
  - all'azione di sollecito nei confronti delle Regioni che non hanno, ancora, trasmesso i dati richiesti

È in fase di completamento la raccolta delle relazioni e delle schede regionali, successivamente si procederà all'analisi dei dati e alla predisposizione di un report sintetico che verrà sottoposto all'Osservatorio e costituirà la base informativa utile per la redazione della relazione annuale al Parlamento.

Nel corso del 2012 l'Agenzia ha, inoltre, approvato uno specifico progetto di Ricerca Autofinanziata, avente ad oggetto "Metodologie e strumenti diretti a favorire l'accessibilità, la continuità assistenziale e il governo della libera professione intramuraria" .

Nell'ambito del richiamato progetto è stato promosso uno studio finalizzato ad identificare i punti di forza dei modelli aziendali virtuosi della libera professione, con l'intento di evidenziarne le caratteristiche trasferibili, promuoverne la valorizzazione e favorirne la diffusione.

Lo studio si caratterizza di due fasi distinte:

- a) la prima di sperimentazione, diretta a valutare il modello di analisi e circoscritta ad un numero limitato di strutture;
- b) la seconda, a più ampio spettro, coinvolgerà diverse realtà

Nel corso del secondo semestre 2012, è stato dato avvio alla prima fase, attraverso la selezione di una Regione e di un'Azienda afferente al territorio regionale presso cui procedere alla sperimentazione delle metodologie e degli strumenti di indagine.

L'individuazione della Regione da coinvolgere nella fase preliminare dello studio ha richiesto un'attenta analisi dei risultati dell'ultimo monitoraggio sullo stato di implementazione delle disposizioni contenute nella legge n. 120 del 2007 e successive modificazioni, nonché delle risultanze delle audizioni svoltesi nel mese di Dicembre 2011, presso il Ministero della Salute. Dall'analisi dei dati 8 Regioni/Province Autonome (Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, P.A. Trento) sono risultate maggiormente adempienti rispetto agli 11 indicatori previsti e hanno, al contempo, intrapreso azioni tali da consentire un efficace livello di governo dell'intramoenia.

Alle suddette Regioni e Province Autonoma è stato, quindi, chiesto di partecipare allo studio attraverso una specifica comunicazione che illustrava l'obiettivo dello studio. Tutte le Regioni/Province Autonome interpellate hanno dato riscontro positivo, fra queste, in considerazione dei risultati raggiunti, si è ritenuto opportuno coinvolgere, in questa prima fase, la Regione Toscana e in particolare l'ASL 8 di Arezzo.

1. La fase sperimentale dello studio prevedeva l'analisi del contesto regionale e aziendale e la visita presso la struttura, con l'obiettivo primario di valutare gli strumenti e le procedure di indagine e la loro propensione ad individuare gli aspetti ritenuti essenziali del sistema e le caratteristiche trasferibili.
2. La visita è stata realizzata, il 3 dicembre u.s., da un team di esperti e rappresentanti dell'Agenzia e del Ministero della Salute (afferenti alla Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale). È stata condotta utilizzando una

metodologia orientata al case study, secondo uno specifico schema di intervista di approfondimento ([Allegato 1](#)) e una traccia di visita ([Allegato 2](#)) appositamente predisposti e condivisi con i referenti della Regione e dell'Azienda

La visita si è svolta in due parti; la prima parte presso la Direzione aziendale dell'ASL, alla presenza dei vertici aziendali e dei referenti regionali. Sono stati approfonditi aspetti sia giuridico-normativi che organizzativi, e in particolare: la strutturazione del servizio di prenotazione, la determinazione delle tariffe e la rendicontazione distinta e certificata. Si è analizzato il sistema di verifica e controllo, anche tenendo conto dell'allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni rese, sia in regime istituzionale, che libero-professionali, nonché dei volumi di attività. Nella seconda parte si è proceduto alla visita degli ambulatori dedicati alla libera professione ed afferenti al presidio ospedaliero di San Donato, con ulteriore analisi delle procedure previste.

Successivamente alla visita sono stati predisposti il verbale ([Allegato 3](#)) e il report di visita ([Allegato 4](#)), che riassumono i temi oggetto di confronto ed evidenziano i punti di forza e le residue criticità. Tra le peculiarità che caratterizzano il contesto esaminato, è opportuno dare rilevanza al coinvolgimento e all'impegno sia dei referenti regionali che dei rappresentanti dell'ASL, come pure all'attenta programmazione e all'efficace organizzazione interna, supportati sicuramente da risorse adeguate e precisi indirizzi provenienti dal livello regionale.

I risultati della fase sperimentale, condivisi dal team di verifica e dai rappresentanti della Regione e dell'Azienda coinvolti, consentiranno la messa a punto di una procedura definitiva di analisi, che verrà applicata in differenti contesti

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

L'Agenzia ha concluso l'elaborazione dei dati (condivisi e validati con il contributo dei referenti regionali) relativi alla rilevazione dei tempi di attesa di 27 prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata, svoltasi ad aprile 2012 e ha redatto la relazione del suddetto monitoraggio. Tale documento ([Allegato 5](#)) farà parte della Relazione al Parlamento, che annualmente l'Osservatorio per l'attività libero-professionale predispone.

L'Agenas, inoltre, ha effettuato ad ottobre 2012 il monitoraggio nazionale on line dei tempi di attesa relativo alle prestazioni erogate in attività intramoenia ed intramoenia allargata fornendo, tra l'altro, supporto tecnico scientifico alle Regioni/P A; la rilevazione è stata effettuata nei giorni indice 1-2-3-4-5 Ottobre 2012. Oggetto di monitoraggio sono state 43 prestazioni (29 prestazioni strumentali e 14 visite specialistiche; v. tabella 1-2).

**Tabella 1 Visite specialistiche soggette a monitoraggio**

AMB	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologia	89 7	8
2	Visita oculistica	95 02	34
3	Visita ortopedica	89 7	36
4	Visita otorinolaringoiatrica	89 7	38
5	Visita chirurgica vascolare	89 7	14
6	Visita endocrinologica	89 7	19
7	Visita neurologica	89 13	32
8	Visita ginecologica	89 26	37
9	Visita urologica	89 7	43
10	Visita dermatologica	89 7	52
11	Visita fisiatrica	89 7	56
12	Visita gastroenterologica	89 7	58
13	Visita oncologica	89 7	64
14	Visita pneumologica	89 7	68

**Tabella 2 Prestazioni diagnostiche soggette a monitoraggio**

AMB	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	RM della colonna	88 93 – 88 93 1	
2	RM cerebrale e del tronco encefalico	88 91 1 - 88 91 2	
3	Tac del capo (senza e con contrasto)	87 03 – 87 03 1	
4	Tac Addome superiore (senza e con contrasto)	88 01 2 – 88 01 1	
5	Tac Addome inferiore (senza e con contrasto)	88 01 4 – 88 01 3	
6	Tac Addome completo (senza e con contrasto)	88 01 6 – 88 01 5	
7	Ecografia Addome	88 74 1 - 88 75 1 - 88 76 1	
8	RMN Pelvi, prostata e vescica	88 95 4 - 88 95 5	
9	RMN Muscoloscheletrica	88 94 1 – 88 94 2	
10	Tac Torace (senza e con contrasto)	87 41 - 87 41 1	
11	Tac Rachide e speco vertebrale (senza e con contrasto)	88 38 2 – 88 38 1	
12	Tac Bacino (senza e con contrasto)	88 38 5	
13	Mammografia	87 37 1 - 87 37 2	
14	Ecografia Capo e collo	88 71 4	
15	Ecocolordoppler cardiaca	88 72 3	
16	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88 73 5	
17	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88 77 2	
18	Ecografia Mammella	88 73 1 - 88 73 2	
19	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88 78 - 88 78 2	
20	Colonscopia	45 23 – 45 25 – 45 42	
21	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45 24	
22	Esofagogastroduodenoscopia	45 13 – 45 16	
23	Elettrocardiogramma	89 52	
24	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89 50	
25	Elettrocardiogramma da sforzo	89 41 – 89 43	
26	Audiometria	95 41 1	
27	Spirometria	89 37 1 – 89 37 2	
28	Fondo Oculare	95 09 1	
29	Elettromiografia	93 08 1	

In linea con il mandato del PNGLA 2010-2012, nel monitoraggio di ottobre 2012, effettuato in contemporanea con quello dell'attività istituzionale, il numero delle prestazioni è passato da 27 a 43 e, come per i due monitoraggi precedenti, è stato effettuato direttamente on-line, su un portale predisposto ad hoc dall'Agenas. È in corso la verifica da parte delle regioni dei dati rielaborati da Agenas al fine di poter concludere il report prima dell'invio formale al Ministero della Salute e all'Osservatorio nazionale per l'attività libero-professionale.

### **Adeguamento del portale per il monitoraggio dell'attività intramoenia alle esigenze regionali**

La Regione Abruzzo ha inviato in data 17 Ottobre 2012 una richiesta all'Agenas di poter adeguare il portale per il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni erogate in attività libero-professionale e libero-professionale allargata (ALPI) alle esigenze regionali. A tal proposito l'Agenas si è resa disponibile alla realizzazione di quanto richiesto e ha reputato opportuno offrire tale opportunità a tutte le regioni. Pertanto in data 4/12/2012 si è svolta una riunione durante la quale sono state illustrate le richieste della regione Abruzzo e sono state presentate le caratteristiche del portale che:

- permetterà di monitorare i tempi di attesa per l'ALPI e Alpi allargata per tutto l'anno a tutti i livelli (Asl, strutture, professionisti);
- sarà uno strumento uguale per tutte le regioni;
- anche i singoli professionisti potranno essere considerati come punti erogatori;
- il sistema potrà essere utilizzato in maniera flessibile e si potrà scegliere il periodo di monitoraggio autonomamente, la Regione però dovrà garantire il monitoraggio nelle settimane indice come da PNGLA;
- prevederà un aumento delle prestazioni se richiesto dalla regione o dal nuovo Piano;
- saranno previsti una serie di report predefiniti concordati dall'Agenas e dalle Regioni per offrire un feed-back a tutte le regioni.

A seguito della riunione, le regioni Campania Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Sardegna, Piemonte e Puglia sono risultate interessate e hanno inviato una richiesta ufficiale dichiarando il loro interesse.

### **Supporto al Monitoraggio dei tempi di attesa per i percorsi diagnostico-terapeutici**

Il PNGLA 2010-2012 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) e con il Ministero della Salute, ha redatto la relazione finale del monitoraggio dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico-terapeutici (tumore del polmone, tumore della mammella, tumore del colon-retto e by-pass aortocoronarico) ([Allegato 6](#)) L'indagine ha permesso per la prima volta di avere un quadro generale della situazione dei PDT nel nostro Paese, con informazioni dettagliate per le patologie indagate .

Alla luce di ciò che è emerso dalla analisi dei dati, l'Agenas, in collaborazione con il Gruppo Tecnico, ha concordato di riverificare la procedura e di condividere il metodo con tutte le Regioni attraverso la programmazione di incontri, con l'obiettivo di eliminare il rischio, per alcune Regioni, di utilizzare procedure diversificate non aderenti alla metodologia condivisa.

Pertanto l'Agenas ha organizzato giornate di formazione in sede e presso le sedi di alcune regioni, nello specifico:

- 23 Ottobre 2012 a Roma, presso la sede dell'Agenas;
- 8 Novembre 2012 a Napoli, presso la sede della Regione Campania;
- 9 Novembre 2012 a Palermo, presso la sede della Regione Siciliana;
- 13 Novembre 2012 a Catanzaro, presso la sede della Regione Calabria;
- 14 Novembre 2012 a Pescara, presso la sede della Regione Abruzzo;
- 19 Novembre 2012 a Cagliari, presso la sede della Regione Sardegna

In considerazione del fatto che alcune regioni hanno inviato i dati sul monitoraggio dei tempi di attesa per i percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) complessi (Anno 2012) prima della scadenza prevista per la trasmissione al Ministero della Salute (31 Dicembre 2012), l'Agenas ha fornito formazione in loco alle regioni che non avevano inviato i dati corretti nel 2011.

Dalle prime analisi della qualità dei dati emerge l'efficacia della formazione fornita.

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

38



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 e all'elaborazione dei risultati.

### **Supporto alla stesura del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA)**

Vista la scadenza del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (2010-2012), il Coordinamento Stato-Regioni ha nominato un gruppo composto dalle regioni (Abruzzo, Calabria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Puglia, Umbria e Veneto), dall'Agenas e dal Ministero della Salute il quale dovrà redigere il nuovo PNGLA. Si è svolta una prima riunione il 7 dicembre 2012 durante la quale si è concordato di prorogare il vecchio Piano per tutto il 2013 e di redigere entro il 31 Marzo quello nuovo per il triennio 2014-2016.

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

### **Workshop di presentazione delle linee guida su “Diagnosi e trattamento del melanoma cutaneo”**

Dopo aver stampato e diffuso su tutto il territorio nazionale le linee guida sulla Diagnosi e trattamento del melanoma cutaneo, coinvolgendo tutte le strutture di dermatologia, chirurgia oncologica e oncologia medica, è stata realizzata, il giorno 27 settembre 2012 presso l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena - Istituto Dermatologico San Gallicano (IFO) la presentazione nazionale di tale documento alla stampa specializzata e ai professionisti attraverso un workshop dedicato al melanoma

Il workshop ha avuto come obiettivo quello di avviare un'efficace attività di diffusione e di implementazione di queste Linee guida .

### **Linee guida su: la diagnosi prenatale**

Nel secondo semestre 2012 , è stata ultimata e validata attraverso l'acquisizione del parere di esperti esterni ai Gruppi di lavoro, la messa a punto delle Linee guida su “la diagnosi prenatale” .

Il testo definitivo è stato visionato dall'Agenas e dagli esperti ed è in corso la stampa dell'elaborato per la sua diffusione.

### **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, unità operativa, è titolare del sottoprogetto:

“Determinanti della salute della donna, medicina preventiva e linee guida” Nello specifico è prevista la stesura di due linee guida sulle malattie coronariche acute e la sindrome da stanchezza cronica.

## **Linee guida su Sindrome da Fatica Cronica (CFS)**

Nel secondo trimestre 2012, è stata ultimata e validata la messa a punto delle Linee guida su la sindrome da stanchezza cronica attraverso l'integrazione di osservazioni e suggerimenti da parte del gruppo di lavoro e l'acquisizione del parere di esperti esterni.

Il testo definitivo è in fase di editing per la stampa .

## **Linee guida: malattie coronariche**

È stata ultimata la linea guida sulle malattie coronariche in un'ottica di genere.

Il documento è in fase di editing.

## **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, ristrutturazione rete ospedaliera, percorso nascita ecc .

## **Documento di indirizzo su “ Le Malattie respiratorie: aspetti di genere”**

La mancata trattazione da parte delle linee guida internazionali sulle malattie respiratorie croniche ostruttive delle differenze di genere inerenti gli aspetti preventivi, diagnostici e terapeutici e l'assenza di studi specifici di genere sono gli elementi che sostengono l'opportunità di elaborare una linea guida sulla “Le Malattie respiratorie: aspetti di genere”, con costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare di esperti di riconosciuta competenza.

Si tratta in definitiva di elaborare un manuale in cui l'ottica di genere sia intesa non soltanto come una rivendicazione della specificità femminile, ma soprattutto come un criterio per promuovere una maggiore appropriatezza ed equità negli interventi clinici e organizzativi della sanità pubblica

In seguito a diversi incontri del gruppo di lavoro, nei quali si è delineato il taglio da dare al documento e si sono definiti i criteri di inclusione dei lavori, è stata definitivamente messa a punto l'elaborazione dei bisogni conoscitivi (quesiti clinici) relativi a ciascuna delle tematiche .

Sulla base dei quesiti che ne sono derivati è stata avviata, in collaborazione con il Dipartimento di epidemiologia della Regione Lazio, la ricerca, nell'ambito della letteratura internazionale, del materiale bibliografico fondamentale per le diverse tematiche e la costruzione di una base documentale di riferimento.

### **Linee guida su: Diagnosi e trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività ADHD (Attention – Deficit/ Hyperactivity Disorder)**

La disattenzione, l'iperattività e l'impulsività sono comunemente noti come i sintomi chiave di questa sindrome. Essi devono essere presenti per almeno 6 mesi ed aver fatto la loro comparsa prima dell'età di 7 anni.

Gli aspetti clinici, educativo-pedagogici, il ruolo e il disagio della scuola e delle famiglie, le divergenze sull'uso dei farmaci, la prospettiva di sequele psichiatriche dell'ADHD nell'adulto, l'interesse dei media, la richiesta di stakeholder (numerose associazioni di genitori), la grande variabilità di approcci diagnostici e terapeutici sono alla base dell'opportunità condivisa dall'Agenas e dall'ISS di costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare per l'elaborazione di una linea guida nazionale clinica con indirizzi organizzativi sull'ADHD basata sulle migliori evidenze disponibili in letteratura.

Il gruppo di lavoro è stato istituito formalmente in Agenas e si è riunito con l'obiettivo di elaborare un documento snello, di facile fruibilità e funzionale alla buona pratica clinica da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti nella gestione della malattia e da parte delle istituzioni scolastiche e dei genitori .

### **Coordinamento permanente per il percorso nascita**

Nel semestre considerato Agenas, ha partecipato al "Comitato Nazionale di Coordinamento permanente per il percorso nascita" del Ministero della Salute, isti-

tuito 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, quindi, svolti numerosi incontri coordinati dal Ministero della salute, nei quali sono stati valutati gli elaborati dei comitati di coordinamento regionali.

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

*(Collaborazione all'elaborazione e al coordinamento del Gruppo di lavoro)*

La salute materno-infantile rappresenta un'area prioritaria della salute pubblica non solo perché la gravidanza, il parto ed il puerperio in Italia sono la prima causa di ricovero per le donne, ma perché gli eventi “intorno” alla nascita sono riconosciuti a livello internazionale tra i migliori per valutare la qualità di tutta l'assistenza sanitaria di un Paese .

Il processo di riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera è un impegno previsto dal “Patto per la Salute 2010 – 2012”, siglato il 3 dicembre 2009 tra Governo, le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema .

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 programmatica sia necessario prevedere ed attuare la più volte auspicata riorganizzazio-

ne della rete assistenziale del percorso nascita ed in particolare della rete dei punti nascita.

La metodologia utilizzata per l'elaborazione del manuale propone l'individuazione e la condivisione di una serie di standard e criteri favorendone l'applicazione in tutte le specifiche realtà. La definizione degli standard e dei criteri è stata effettuata da un gruppo di lavoro costituito da esperti e specialisti oltre che da una rappresentanza delle Associazioni del terzo settore che operano nel sistema di riferimento del settore nell'arco temporale di un anno.

Il gruppo di lavoro interdisciplinare è partito da esperienze di certificazione internazionali quali ad esempio Joint Commission International (JCI) per costituire la prima trama degli standard per la valutazione dei punti nascita.

Gli standard possono rappresentare un punto di riferimento per le azioni da sviluppare all'interno delle organizzazioni interessate che in questo modo possono:

- Identificare chiaramente i comportamenti sicuri;
- Generare le condizioni per operare in modo uniforme nel tempo;
- verificare periodicamente il livello di performance e sicurezza raggiunto

Il Manuale è stato pubblicato e presentato alla comunità scientifica e agli amministratori di sanità pubblica e alle istituzioni in un workshop dedicato presso il Senato della Repubblica.

### **Programma CCM 2011 Piattaforma Italiana per lo studio delle polimorbidità: scenario epidemiologico, aspetti clinici e farmacologici, prospettiva di genere e contesto farmaco-economico**

- Ente Partener:  
Regione, Iss, Inail, Agenas
- Ente Responsabile dell'esecuzione:  
ISS
- Numero Id da Programma:  
12 – Modelli di presa in carico e gestione della multimorbidità

- Regioni o/o Istituti Centrali coinvolti:  
ISS (Dipartimento del Farmaco)  
AGENAS (Dr Rusticali)  
IRCCS San Raffaele – Roma  
Regione Puglia
- Durata del Progetto:  
24 mesi

## **Progetto esecutivo- Programma CCM 2011**

### **Titolo: Prevenire patologie e disabilità congenite attraverso strategie di comunicazione efficaci**

- Progetto interregionale
- Regioni coinvolte: Veneto, Lombardia, Lazio
- Durata del Progetto: due anni
- Costo: 300 000 euro
- Coordinatore scientifico del progetto: Bruno Rusticani / Agenas

### **Quaderno n 14 del ministero della salute: Criteri di appropriatezza strutturale tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura della patologia cerebrovascolare**

Il gruppo di lavoro attivo sullo stesso tema presso l'Agenas è confluito nel gruppo di lavoro del Ministero della Salute contribuendo all'elaborazione del suddetto quaderno.

Il quaderno frutto della collaborazione Agenas/Ministero della Salute è stato presentato in un apposito workshop presso il Ministero della Salute e verrà diffuso a livello nazionale a tutte le professionalità di competenza.

## Le iniziative relative alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza del paziente<sup>2</sup>

# 2

A cinque anni dall'avvio delle attività Osservatorio, il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti, funzione attribuita all'Agenas nel 2008 da una Intesa Stato-Regioni, risulta ormai consolidato presso le Regioni e P A , le Organizzazioni Sanitarie e i Professionisti del territorio nazionale. Alla call 2012, conclusasi nel semestre di riferimento, hanno partecipato 20/21 Regioni e P A contribuendo, con 310 esperienze di miglioramento della sicurezza dei pazienti, all'ampliamento della base di conoscenza dell'Osservatorio Buone Pratiche. Nel corso delle cinque Call for good practice ad oggi realizzate, l'adesione delle Regioni è stata pressoché totale: 21/21 Regioni e P A hanno alimentato l'archivio web dell'Osservatorio che consta attualmente di circa 1500 esperienze di miglioramento della sicurezza dei pazienti e delle cure, pubblicamente consultabili sul sito Agenas (<http://buonepratiche.agenas.it/practices.aspx>). La partecipazione alle call è risultata costante: una media di 300 esperienze sono state inviate all'Osservatorio nel primo quinquennio di attività .

I metodi e gli strumenti sviluppati dall'Osservatorio hanno costituito il riferimento per l'analoga attività di individuazione, valutazione e trasferimento delle buone pratiche in corso di realizzazione a livello europeo nell'ambito della Joint Action PaSQ. Sono in corso di realizzazione, in collaborazione con Regioni, Società scientifiche e Associazioni rappresentative delle orga-

nizzazioni sanitarie, due progetti di trasferimento/implementazione di buone pratiche per la sicurezza del paziente a livello inter-regionale.

Il modello sviluppato e sperimentato per la diffusione e lo scambio delle buone pratiche a livello inter-regionale, accolto con grande favore dalle Regioni, è stato replicato per la diffusione del sistema di monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella.

Nell'ambito delle attività dell'Osservatorio Sinistri (Intesa Stato – Regioni 2008) è stata finalizzata l'indagine sui sistemi regionali di gestione sinistri e polizze assicurative che ha previsto uno specifico focus sui modelli adottati dalle Regioni e Province Autonome per la gestione del rischio RCT/O (trasferimento del rischio alle compagnie assicuratrici tramite la stipula di polizze; gestione diretta dei sinistri tramite la costituzione di fondi regionali destinati a coprire eventuali richieste di risarcimento; modelli misti con gestione diretta dei sinistri fino ad un certo importo e trasferimento del rischio eccedente detto importo) Al lavoro hanno aderito 21/21 Regioni e P A. In risposta a specifiche esigenze manifestate dalle Regioni si è provveduto a coordinare un gruppo di lavoro inter-regionale per la definizione di un set di indicatori che, sulla base di una specifica collaborazione Agenas – Ministero della Salute, verrà implementato nel SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità). Il supporto alle Regioni è stato altresì garantito tramite la realizzazione di un percorso formativo, destinato ai professionisti delle strutture ospedaliere della Regione Molise e volto allo sviluppo e alla sperimentazione di un sistema per l'autovalutazione e la valutazione esterna della sicurezza delle strutture sanitarie.

## **Il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti**

Nel semestre di riferimento, l'Agenas ha ulteriormente consolidato le attività di monitoraggio e diffusione delle buone pratiche, attività avviata nel 2008 sulla base di uno specifico mandato ricevuto dall'Intesa Stato-Regioni in materia di gestione del rischio clinico e sicurezza dei pazienti e delle cure. I metodi e gli strumenti dell'Osservatorio Buone Pratiche risultano pienamente acquisiti dalle Regioni, dalle Organizzazioni

Sanitarie e dai Professionisti anche grazie al contributo apportato dalle strategie di disseminazione messe in atto dall'Agenas a partire dal mese di maggio 2012. Come già riportato nella relazione riferita al semestre precedente, il modello di intervento dell'Osservatorio risulta fondato su un ciclo di cinque fasi<sup>3</sup> che viene annualmente ripercorso; pertanto con la stessa cadenza vengono verificati, aggiornati e condivisi con le Regioni e con il Ministero della Salute gli strumenti utilizzati dall'Osservatorio con l'obiettivo di accrescerne la fruibilità da parte degli utenti (Regioni, Organizzazioni Sanitarie, Professionisti, Cittadini). In riferimento a ciò, è proseguito l'aggiornamento del portale dell'Osservatorio Buone Pratiche anche nell'ottica di una maggiore aderenza dello stesso al sistema di rilevazione europeo sviluppato nell'ambito del progetto PaSQ (cfr. paragrafo successivo Joint Action PaSQ - European Union Network for Patient Safety and Quality of Care).

Merita sicura menzione la prosecuzione delle attività di sperimentazione del format di diffusione/trasferimento delle buone pratiche fondato su incontri seminari interregionali. In virtù dei riscontri positivi ricevuti dalle Regioni e dai professionisti, l'applicazione dello strumento è stata replicata per le attività di divulgazione dei risultati finali dell'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute "Monitoraggio dell'implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella".

Nei paragrafi seguenti viene illustrato più nel dettaglio e in accordo allo schema di rappresentazione finora utilizzato, quanto realizzato dall'Osservatorio Buone Pratiche nel corso del secondo semestre 2012.

### **Ampliamento della base di conoscenza dell'Osservatorio Buone Pratiche**

Nel mese di ottobre 2012, si è conclusa la Call for good practice avviata il 28 maggio dello stesso anno. La quinta edizione della call ha consentito la raccolta di 310 nuove esperienze di miglioramento della sicurezza dei pazienti, 95 delle quali rappresentano l'aggiornamento di interventi segnalati all'Osservatorio nel corso delle precedenti call for good practice. Dette esperienze trovano attualmente in fase di classificazione da parte degli esperti dell'Agenas.

---

<sup>3</sup> 1. Condivisione dei metodi e degli strumenti 2. Individuazione delle esperienze  
3. Classificazione/Valutazione 4. Diffusione/Informazione 5. Trasferimento

Le esperienze, inviate all'Osservatorio in risposta alla Call 2012, sono rappresentative della quasi totalità delle Regioni e Province Autonome (20/21) e mirano alla prevenzione e alla gestione dei principali eventi avversi rappresentati in letteratura. La prevenzione degli eventi avversi in ambito chirurgico, la corretta gestione della terapia farmacologica, la prevenzione delle infezioni associate all'assistenza, delle cadute e delle reazioni trasfusionali rappresentano le tematiche affrontate con maggior frequenza nelle pratiche inviate all'Osservatorio dell'Agenas. L'archivio web dell'Osservatorio consta ad oggi di oltre 1500 pratiche disponibili per la consultazione al link seguente <http://buonepratiche.agenas.it/practices.aspx>.

Alla importante risposta data dalle Regioni, dalle Organizzazioni Sanitarie e dai Professionisti alla Call 2012 hanno certamente contribuito i tre incontri seminariali interregionali per la disseminazione delle buone pratiche organizzati nel corso del precedente semestre (cfr. relazione I semestre 2012). Questi hanno consentito una più capillare diffusione dei metodi e degli strumenti dell'Osservatorio motivando i professionisti alla partecipazione.

La revisione della scheda di rilevazione, che ha previsto l'obbligatorietà di alcuni campi, si è rivelata un efficace strumento per l'omogeneizzazione delle informazioni.

### **Diffusione, valorizzazione e promozione del trasferimento delle buone pratiche dell'Osservatorio Buone Pratiche**

Le attività di diffusione e valorizzazione delle buone pratiche hanno riguardato, nel semestre di riferimento, la partecipazione al 7° Forum Risk Management in Sanità, dove sono state presentate le buone pratiche e le attività dell'Osservatorio, sia nell'ambito di una specifica sessione ad esse dedicata, organizzata dal Comitato Tecnico delle Regioni per la sicurezza del paziente, sia tramite materiale divulgativo a stampa (Le Buone Pratiche 2012: titoli, contatti e sintesi per il cittadino - [Allegato 7](#)). Ulteriori attività di disseminazione sono state realizzate tramite pubblicazioni scientifiche: il numero 31 della rivista Monitor (Novembre 2012) ha realizzato un focus sulla sicurezza dei pazienti e delle cure nel quale ampio risalto è stato dato all'attività di monitoraggio delle buone pratiche con l'articolo "L'Osservatorio Buone Pratiche di Agenas" (B. Labella, G. Caracci, Q. Tozzi, R. De Blasi). Contributi al summenzionato numero della rivista Monitor sono stati apportati anche dai referenti delle tre Regioni che hanno ospitato i seminari interregionali (Paola Casucci - Regione Umbria; Aldo Di Fazio - Regione Basilicata; Silvio Brusaferrò - Regione Friuli Venezia-Giulia).

## Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative - Ricerca Autofinanziata “Supporto alle Regioni nel governo della rilevazione dei sinistri finalizzato al miglioramento della qualità e della sicurezza”

Le attività che l'Agenas conduce nell'esercizio della funzione di Osservatorio Nazionale Sinistri trovano il razionale in quanto previsto dall'Intesa Stato Regioni di marzo 2008 e precisato dal DM 11/12/2009, recante l'istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES). Dette attività vengono, nella presente relazione, rappresentate congiuntamente a quanto realizzato nell'ambito della Ricerca Autofinanziata “Supporto alle Regioni nel governo della rilevazione dei sinistri finalizzato al miglioramento della qualità e della sicurezza”, che dà attuazione a specifiche richieste di supporto sul tema dei sinistri pervenute all'Agenas dalle Regioni.

Come anticipato nella precedente relazione semestrale, nel mese di marzo 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 fase conclusiva, è stata condotta in continuità con l'analogo lavoro realizzato nel periodo 2008/2009.

Ai fini di un coerente allineamento alle mutate esigenze normative e ai fabbisogni informativi centrali e regionali, per ciascuna delle fasi nelle quali si è articolata l'indagine, sono stati sottoposti a revisione e aggiornamento gli strumenti precedentemente utilizzati, con particolare riferimento all'istituto della mediazione civile, divenuta obbligatoria<sup>4</sup> a partire dal 2011, con il D lgs n. 28 del 2010, nei casi di controversia in materia di risarcimento danni da responsabilità medica quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Il questionario semistrutturato ([Allegato 8](#)), articolato in risposte multiple e aperte, impiegato nel corso della prima fase dell'indagine, è stato integrato, aggiornato e somministrato in formato elettronico ai referenti del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza dei pazienti, con l'obiettivo di individuare quali fossero le regioni dotate di un sistema di gestione sinistri e polizze, e rilevare eventuali modifiche apportate ai sistemi delle Regioni che ne risultavano già in possesso dalla preceden-

---

<sup>4</sup> Ad oggi, tuttavia, a fronte della sentenza della Corte Costituzionale n. 272 del 2012, con cui è stata dichiarata l'incostituzionalità per eccesso di delega legislativa del D lgs 4 marzo 2010, n. 28, nella parte in cui ha previsto il carattere obbligatorio della mediazione, la procedura alternativa alla soluzione giudiziale delle lite rimane affidata alla volontà concorde delle parti

te indagine La seconda fase è stata condotta mediante interviste telefoniche (Allegati 9 e 10) somministrate sia alle Regioni che nel corso della precedente indagine avevano dichiarato di aver implementato un modello/sistema di gestione sinistri e polizze, sia a quelle Regioni che se ne fossero dotate solo successivamente o il cui sistema fosse ancora in fase di sperimentazione. Da un'analisi preliminare dei dati è risultato un panorama in lenta, ma continua evoluzione, sia in termini di sviluppo di sistemi regionali di gestione dei sinistri, che di modelli organizzativi adottati dalle Regioni per la gestione del rischio RCT/O.

All'indagine hanno partecipato tutte le Regioni e PA (21/21). È attualmente in corso l'elaborazione delle informazioni raccolte e la stesura di un report che, dopo preventiva condivisione con i membri del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza dei Pazienti, verranno messi a disposizione delle Regioni e degli altri stakeholder ed eventualmente pubblicamente presentati nell'ambito di un evento a ciò dedicato.

In parallelo all'indagine che si è fin qui descritta, nell'ambito delle attività condotte dall'Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative e del progetto di supporto alle Regioni, è in via di finalizzazione il lavoro di definizione di un set di indicatori, che risulti condiviso da tutte le Regioni e che consenta l'elaborazione delle informazioni relative alle denunce dei sinistri raccolte tramite il SIMES. L'Agenas ha curato la predisposizione di apposite schede per ciascun indicatore proposto dalle Regioni, approvate da queste ultime e condivise anche con il Ministero della Salute – Direzione Generale Sistema Informativo e Agenas. Di seguito il set definitivo di indicatori da implementare nel corso del 2013 all'interno del Sistema Informativo SIMES/Denunce Sinistri.

**Tabella 3 Set Indicatori**

<b>Indicatori</b>
<b>INDICATORE 1</b> Rapporto tra sinistri (richieste di risarcimento) e popolazione residente
<b>INDICATORE 2</b> Indice di richieste di risarcimento Regione (indicatore di rischio clinico)
<b>INDICATORE 3</b> Indice di richieste di risarcimento strutture ospedaliere (indicatore di rischio clinico)

Indicatori
<b>INDICATORE 4</b> Rapporto tra importi liquidati e somme preventivate
<b>INDICATORE 5</b> Sinistri per tipologia di danno
<b>INDICATORE 6</b> Costo medio sinistri liquidati per tipo di danno
<b>INDICATORE 7</b> Costo presunto sinistri per Regione/P A
<b>INDICATORE 8</b> Costo presunto sinistri per tipo di danno
<b>INDICATORE 9</b> Massimo/minimo importo liquidato per tipo di danno e specialità
<b>INDICATORE 10</b> Percentuale di sinistri liquidati
<b>INDICATORE 11</b> Giorni medi per la chiusura di una pratica
<b>INDICATORE 12</b> Giorni medi per l'apertura di una pratica
<b>INDICATORE 13</b> Percentuale sinistri stragiudiziali chiusi entro l'anno
<b>INDICATORE 14</b> Sinistri per sesso
<b>INDICATORE 15</b> Sinistri per età
<b>INDICATORE 16</b> Sinistri per tipologia di danno
<b>INDICATORE 17</b> Sinistri per contesto di riferimento
<b>INDICATORE 18</b> Sinistri per tipologia tramite
<b>INDICATORE 19</b> Sinistri per tipo di procedimento
<b>INDICATORE 20</b> Sinistri per tipo di prestazione
<b>INDICATORE 21</b> Sinistri per tipologia di danneggiato
<b>INDICATORE 22</b> Sinistri per causa
<b>INDICATORE 23</b> Sinistri per disciplina

L'Agenas è attualmente impegnata nella fase di raccolta dei feedback da parte di tutte le Regioni in termini di prioritizzazione degli indicatori da implementare e alla definizione dell'oggetto del monitoraggio (unicamente strutture pubbliche o anche strutture private accreditate).

## Collaborazione con NETWORK COCHRANE ITALIANO

Nel corso del secondo semestre 2012, si è portato a conclusione (fase II e fase III) il progetto di collaborazione con il Network Cochrane Italiano avente l'obiettivo di fornire un supporto metodologico al trasferimento delle buone pratiche tramite la ricerca delle evidenze dell'efficacia dei metodi/strumenti di trasferimento di alcune buone pratiche per la sicurezza del paziente. Le quattro pratiche (due buone pratiche cliniche e due buone pratiche organizzative) su cui è stata condotta la revisione sistematica della letteratura, sono state selezionate nel corso del primo semestre 2012 tra quelle presenti nel database dell'Osservatorio, in accordo ai seguenti criteri:

- a) avere prove di efficacia accettabili;
- b) essere supportate da prove di efficacia rispetto ad un outcome clinico/clinicamente rilevante;
- c) essere rappresentate in accordo alle linee guida SQUIRE ([www.squire-statement.org](http://www.squire-statement.org)) e documentate in maniera completa;
- d) avere un elevato livello di priorità (in relazione alle attività dell'Agenas)

Su dette basi, le pratiche che sono risultate oggetto dell'analisi prevista dalla fase II del progetto (revisione su efficacia dei metodi e degli strumenti di implementazione) sono state le seguenti:

- “la gestione della terapia anticoagulante-antiaggregante-trombolitica nelle sindromi coronariche acute”,
- “l'efficacia dell'applicazione di percorsi diagnostici-terapeutici assistenziali basati sull'evidenza nell'ictus cerebrale”,
- “le pillole di buona pratica clinica”,
- “l'identificazione corretta del paziente”

La revisione è stata effettuata attraverso otto step di seguito sinteticamente descritte:

- 1) ricerche bibliografiche (una per ogni buona pratica) su basi dati elettroniche e produzione del listato dei risultati della ricerca;
- 2) definizione dei criteri di inclusione studi (RCTs, CCTs, CBA, ITS) e screening titoli reperiti;
- 3) screening degli abstracts con valutazione in doppio;
- 4) reperimento articoli punto in cartaceo;
- 5) valutazione della qualità metodologica delle evidenze reperite attraverso checklist validate (AMSTAR per SRs, criteri Cochrane per RCTs e CCTs, Newcastle Ottawa Checklist per studi controllati osservazionali; criteri EPOC per analisi delle serie temporali);
- 6) estrazione e sintesi dei risultati;
- 7) analisi statistica dei risultati, ove possibile;
- 8) indicazione delle strategie di implementazione più efficaci

L'analisi risultante, contenuta in un rapporto ([Allegato 11](#)) corredato da suggerimenti e note derivanti dagli studi analizzati, fornisce interessanti ed utili indicazioni sugli strumenti di implementazione delle pratiche per la sicurezza del paziente, oltre che spunti di riflessioni per ulteriori approfondimenti e ricerche .

Sono attualmente in corso di definizione le modalità di exploitation e disseminazione dei risultati della ricerca.

## **Accordi di collaborazione con il Ministero della Salute**

Nel semestre di riferimento l'Agenas ha organizzato una serie di eventi mirati alla diffusione dei risultati finali dell'Accordo di collaborazione con il Ministero della Salute "Monitoraggio dell'implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella".

Ad integrazione di quanto già realizzato sulla base delle specifiche progettuali, sono state definite e condivise con il Ministero della Salute innovative modalità di diffusione finalizzate ad una più efficace disseminazione dei risultati e alla garanzia della sostenibilità dell'output del progetto, anche oltre il termine di quest'ultimo

Si è ritenuto opportuno a tal fine replicare il metodo di disseminazione sviluppato e sperimentato nell'ambito dell'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute "Individuazione delle pratiche migliori rivolte al miglioramento della sicurezza delle cure", concluso e riportato nella relazione del semestre precedente.

A tale scopo l'Agenas ha promosso, fornendo supporto scientifico e operativo, l'organizzazione di due workshop interregionali aventi ad oggetto il tema dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella e il loro monitoraggio; tali workshop hanno offerto la possibilità a dieci Regioni di presentare, confrontare e condividere le proprie esperienze. Gli eventi sono stati ospitati dalla Regione Marche e dalla Regione Abruzzo, individuate tra quelle che avevano fornito preventiva disponibilità per tale iniziativa.

Il format degli incontri, predisposto dall'Agenas e condiviso con i referenti regionali, ha previsto l'articolazione delle giornate in due sessioni, la prima dedicata alla presentazione del programma nazionale Raccomandazioni (Ministero della Salute), al monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni (Agenas) e al confronto tra i modelli regionali; la seconda sessione è stata dedicata alle presentazioni delle esperienze aziendali delle regioni ospitanti.

Al primo incontro, realizzato in collaborazione con la Regione Marche e svoltosi ad Ancona in data 26 novembre 2012, hanno preso parte i referenti delle Regioni Toscana, Lombardia, Emilia Romagna e Siciliana.

Il secondo incontro ha avuto luogo il 18 dicembre 2012 a Chieti, ed è stato organizzato in collaborazione con la Regione Abruzzo e l'Agenzia Sanitaria Regionale. Nel corso della giornata sono state presentate le esperienze delle Regioni Sardegna, Calabria, Piemonte e della Provincia Autonoma di Bolzano.

Il principale punto di forza del format impiegato per la realizzazione dei summenzionati eventi è risultato la possibilità di abilitare un confronto aperto e diretto tra realtà simili, costituendo altresì l'occasione per una diffusione capillare (a tutte le aziende delle Regioni ospitanti) dei metodi e degli strumenti di monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni.

In parallelo alle attività di disseminazione inter-regionale è stato organizzato e realizzato l'evento finale di diffusione dei risultati dell'accordo di collaborazione che,

su specifico input del Ministero della Salute, ha avuto luogo presso il VII Forum Risk Management in Sanità, tenutosi ad Arezzo nel mese di novembre nell'ambito della sessione "Eventi sentinella: criticità e prospettive" In tale occasione, è stato illustrato il metodo seguito dall'Agenas per la progettazione e la realizzazione del sistema di monitoraggio on line dell'implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni ministeriali e i risultati preliminari conseguiti .

Ulteriori attività di disseminazione dei risultati del progetto sono state realizzate tramite il numero 31 della rivista Monitor, il cui Focus on si è incentrato sulle strategie dell'Agenas nella promozione della sicurezza dei pazienti All'interno della rivista ampio spazio è stato riservato all'Accordo di collaborazione "Individuazione delle pratiche migliori rivolte al miglioramento della sicurezza delle cure" Sono stati pubblicati i contributi del Ministero della Salute che hanno delineato il quadro di riferimento dell'intero programma e l'articolo "Il sistema di monitoraggio on line dell'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella" (Quinto Tozzi, Giovanni Caracci, Roberta De Blasi, Barbara Labella), che ha illustrato nel dettaglio i metodi, gli strumenti e i risultati conseguiti.

### **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)"**

Nel corso del semestre di riferimento, sono proseguite le attività della ricerca autofinanziata realizzata in collaborazione con Federsanità ANCI, Regione Molise e ASREM (Azienda Sanitaria Regione Molise), avviata con l'obiettivo di contribuire al processo di miglioramento della qualità e della sicurezza delle strutture sanitarie attraverso lo sviluppo e la sperimentazione di un modello per l'autovalutazione e la valutazione esterna In particolare, nel corso del semestre di riferimento e in linea con il cronogramma del progetto, si è dato avvio al percorso formativo rivolto agli operatori delle strutture sanitarie della Regione Molise, con l'obiettivo di fornire loro strumenti idonei per elaborare e sperimentare un modello per la gestione del rischio anche attraverso la conoscenze di adeguati strumenti per l'analisi dei processi Tramite avviso pubblico della ASREM sono stati individuati i partecipanti al succitato percorso formativo .

La prima fase del percorso (corso base) è stato articolato in due giornate, che hanno avuto luogo rispettivamente in data 19 settembre presso Campobasso, e in data 20 settembre presso Isernia. Alle due giornate formative hanno preso parte oltre 120 professionisti degli ospedali di Isernia, Agnone Venafro, Campobasso Termoli e Larino.

Impostato sulla metodologia di lezioni frontali e lavori di gruppo, oggetto del corso sono stati l'analisi delle strategie, dei metodi e degli strumenti per la prevenzione dell'errore e per la gestione del rischio clinico, diffusi a livello nazionale e internazionale. Al termine delle giornate i discenti hanno acquisito conoscenza in merito ai principali riferimenti internazionali in materia di sicurezza del paziente e metodi e strumenti per la gestione del rischio clinico.

Finalità della seconda fase del percorso (corso avanzato) è stata l'individuazione dei "facilitatori", figure che, previa opportuna formazione, sono in grado di individuare i principali fattori di rischio delle organizzazioni sanitarie della Regione Molise ed attuare efficaci strategie correttive. Il corso avanzato si è articolato in due percorsi formativi paralleli, il primo dei quali destinato al personale di sala operatoria (chirurghi, anestesisti, infermieri) e alle direzioni sanitarie. L'obiettivo è stato quello di fornire, tramite adeguata formazione, supporto all'implementazione della check list di sala operatoria, promossa dall'OMS e raccomandata dal Ministero della Salute. Sono state illustrate le principali evidenze scientifiche sull'efficacia della check list e proposte tecniche e strumenti di autovalutazione e di supporto all'implementazione. Alle due edizioni del corso avanzato hanno preso parte circa quaranta operatori di sala operatoria. Materiale didattico ad hoc ([Allegato 12](#)) è stato predisposto e distribuito a tutti i partecipanti.

Il percorso parallelo, a cura di Federsanità, aperto a tutte le professioni sanitarie, si è posto l'obiettivo di individuare e formare operatori dell'ASREM all'analisi dei rischi e alla predisposizione di azioni di miglioramento. È attualmente in fase di pianificazione una terza edizione del corso dietro specifica richiesta della ASREM e dei professionisti non inclusi, per ragioni di ampiezza delle classi, nelle due edizioni realizzate nel mese di dicembre ad Isernia e a Campobasso.

**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”**

Ad integrazione di quanto già realizzato nell’ambito del progetto (cfr relazione semestre precedente) si è provveduto ad una capillare diffusione dei metodi, degli strumenti e dei risultati nell’identificazione dei pericoli e la valutazione dei rischi nelle organizzazioni sanitarie mediante pubblicazione sul numero 31 della rivista Monitor dell’articolo “Mappatura dei rischi - Identificare i pericoli e valutare i rischi” a cura dell’Unità Operativa di progetto (Regione Emilia Romagna - Rosanna Trisolini, Stefano La Rovere, Stefania Rodella) .

**Ricerca Autofinanziata “Sicurezza in chirurgia”**

A partire dal novembre 2012, mese di avvio della ricerca autofinanziata “Sicurezza in Chirurgia”, che vede coinvolti l’Agenzia Sanitaria Regionale -ASR- la Regione Abruzzo e l’Agenas, sono stati realizzati alcuni incontri, anche in occasioni di eventi organizzati dall’Agenas e già riportati nella presente relazione, preliminari e propedeutici all’avvio delle attività. In particolare, le riunioni sono state finalizzate alla messa a punto di una strategia condivisa tra le Società Scientifiche, il Tavolo Intersocietario per il rischio clinico, l’Agenas e l’Agenzia Sanitaria Regionale dell’Abruzzo, unità operativa di progetto.

È attualmente in corso la predisposizione del piano operativo e, in parallelo, l’analisi preliminare della letteratura nazionale e internazionale in tema di sicurezza in chirurgia, con particolare riferimento alla check list di sala operatoria .

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

Le attività realizzate nel secondo semestre del 2012 nell’ambito del 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 della qualità e

della sicurezza degli ospedali, hanno riguardato prioritariamente l'analisi delle potenzialità del tool a supporto delle strategie nazionali in tema di accreditamento e promozione della sicurezza del paziente. A tal fine, si è provveduto ad un preliminare confronto tra i criteri previsti nel SANITAS tool per la garanzia della qualità e della sicurezza delle strutture ospedaliere (a livello internazionale) con quanto previsto dalla Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012 (Disciplina per la revisione della normativa dell'accREDITamento). Ulteriori confronti e integrazioni sono attualmente in corso con analoghi strumenti sviluppati nell'ambito di progetti di ricerca nazionali.

In linea con il cronogramma del progetto, si è provveduto a progettare e implementare il supporto informatico in grado di garantire agevole utilizzo, da parte delle strutture ospedaliere, del tool di autovalutazione della qualità e della sicurezza delle cure e tale da consentire anche l'archiviazione dei dati rilevati e il loro successivo trattamento. Lo strumento di autovalutazione, sviluppato dall'Agenas in collaborazione con ESQH ed EHMA e validato nel contenuto da dieci ospedali italiani, è risultato infatti particolarmente ricco di informazioni e di articolazioni, che lo hanno reso suscettibile di maggiore utilizzo e fruibilità tramite supporti di tipo informatico.

In parallelo si è provveduto alla definizione del piano di validazione di costruito dello strumento, con l'obiettivo di verificarne la coerenza interna, l'affidabilità (dal punto di vista statistico) e la riproducibilità tra osservatori. Tramite detta metodologia, si è identificato il numero di soggetti a cui somministrare lo strumento, così che la fase di autovalutazione possa coincidere anche con la validazione statistica del tool.

Tutti gli ospedali che hanno partecipato alla fase di validazione di contenuto del Sanitas tool hanno confermato la loro disponibilità anche per la fase di autovalutazione (e di validazione statistica dello strumento).

Contestualmente alla pianificazione operativa delle attività di autovalutazione si è provveduto a dare diffusione alla versione in lingua italiana del Sanitas tool tramite pubblicazione della stessa nel numero 31 della rivista Monitor, focalizzata sulle strategie dell'Agenas per la promozione della sicurezza dei pazienti e delle cure. Le attività realizzate e in corso di realizzazione nell'ambito del progetto SANITAS

sono anche state inviate, in risposta alla “Call for abstract”, conclusasi nel mese di settembre, per la presentazione alla Conferenza Internazionale “IHI/BMJ International Forum on Quality and Safety in Healthcare”, che si terrà a Londra nell’aprile 2013

## Day surgery data project<sup>5</sup>

L’Agenas ha contribuito alla discussione dei risultati del progetto Day Surgery Data Project, presentati alla Commissione Europea (DG Sanco) nell’ambito del meeting, che si è tenuto a Padova il 31 Agosto 2012.

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

Nell’aprile 2012 ha avuto avvio la Joint Action PaSQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care), finanziata dalla Commissione Europea (DG Sanco) nell’ambito del Secondo Programma Comunitario in materia di salute.

L’obiettivo generale del progetto, che è 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”, coincide con il fine che ha ispirato, a livello nazionale, le attività dell’Osservatorio Buone Pratiche di Agenas a partire dal suo avvio nel 2008.

L’Agenas, che partecipa al progetto in qualità di Associated Partner, ha contribuito notevolmente nel semestre in oggetto alle attività del WP4 e del WP2 nei quali è coinvolta. In particolare, nell’ambito del WP4 -Patient Safety Good Clinical Practices- che, sotto il coordinamento della Danish Society for Patient Safety si propone di individuare, valutare/classificare, rendere visibili e favorire il trasferimento delle pratiche per la sicurezza del paziente implementate a livello di organizzazione sanitaria, l’Agenas ha collaborato alla definizione del frame work metodologico e del glossario di riferimento ([Allegato 13](#)) Particolarmente rilevante è risultato il contributo dell’Agenas nella messa a punto degli strumenti per l’individuazione e la condivisione, a livello europeo, delle pratiche “sicure”. È stato infat-

---

<sup>5</sup> L’attività è svolta in collaborazione dalle *Sezioni Qualità e Accreditamento e Organizzazione Servizi Sanitari*

ti messo a disposizione dei partner europei lo schema di rappresentazione delle esperienze sviluppato e utilizzato dall'Agenas (per lo scopo tradotto in lingua inglese), nonché alcune pratiche presenti nel database dell'Osservatorio, che, in collaborazione con le Regioni, sono state tradotte in lingue inglese ed utilizzate per il test pilota del sistema di rilevazione delle pratiche sviluppato in PaSQ. L'Agenas ha, inoltre, partecipato, in qualità di National Contact Point, alla fase pilota della survey prevista nell'ambito del WP5, volto all'implementazione di un set di pratiche per la sicurezza del paziente (selezionate sulla base della forza delle evidenze scientifiche a supporto) in alcune organizzazioni sanitarie dei Paesi partecipanti al progetto .

Il progetto PaSQ e il contributo ad esso apportato dall'Agenas, è stato inoltre presentato nell'ambito di un workshop organizzato a Roma il 27 settembre 2012 dal Progetto Mattone Internazionale.

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.

### Predisposizione di indirizzi organizzativi e di processo per i servizi ospedalieri e territoriali<sup>6</sup>

Nel corso del secondo 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 primo semestre 2012; essi sono riconducibili alle seguenti aree di lavoro e relativi progetti nel dettaglio:

- promozione e monitoraggio dell'integrazione sociosanitaria – Gruppo di lavoro SIQUAS; Fondi Sanitari Integrativi; “Assistenza sociosanitaria – fabbisogni e costi”; Gruppo di lavoro GISM-Agenas sulla residenzialità psichiatrica
- assistenza sociosanitaria: cronicità e prevenzione – Progetto MATRICE Integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio di pazienti con patologie complesse o con patologie croniche; Progetto CCM 2009 - “La prevenzione della disabilità negli anziani ad alto rischio di declino funzionale: definizione e sperimentazione di strumenti ed interventi”; Progetto CCM 2011 - “Indagine conoscitiva sulle strutture deputate all'erogazione dei servizi di prevenzione in Italia”; Progetto: analisi ragionata dei Piani regionali della Prevenzione (PRP) previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010 – 2012 (PNP);

<sup>6</sup> a cura della *Sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari*

- assistenza territoriale e Accesso alla Rete dei Servizi Sanitari e Sociosanitari Regionali – Progetto PIC; Tavolo PUA;
- medicina generale, distretti e cure palliative - Commissione Nazionale sulle cure palliative e terapia del dolore – sottogruppo Cure Palliative; Campagna informativa Progetto “Ospedale senza dolore”; Progetto di ricerca 2010–2011 nell’ambito degli obiettivi del piano oncologico di prevenzione;
- pareri e supporto giuridico nella predisposizione di Piani Sanitari Regionali;
- monitoraggio dell’implementazione degli obiettivi stabiliti dal PSN - Progetto sugli obiettivi prioritari di PSN per le cure primarie
- ricerche Europee sull’attività di Day Surgery - Day Surgery Data Project – Dsdp; Improving Patient Safety Of Hospital Care Through Day Surgery – Daysafe
- comunicazione istituzionale

## Promozione e monitoraggio dell’integrazione sociosanitaria

### Gruppo di Lavoro Nazionale della Società Italiana per la Qualità nell’Assistenza Sanitaria (SIQUAS)

L’Agenas ha collaborato al percorso di confronto, studi e ricerche organizzato e svolto dal Gruppo di Lavoro Nazionale della Società Italiana per la Qualità nell’Assistenza Sanitaria (SIQUAS) sui temi della qualità nell’integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale con l’obiettivo di pervenire, quale risultato di sintesi del percorso, ad una nuova Raccomandazione SIQUAS sul tema: “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario” .

Il Gruppo di Lavoro Nazionale organizzato dalla SIQUAS ha raccolto esperienze, di studio e di ricerca, evidenze di letteratura scientifica sui temi connessi ed evidenze già consolidate, attivando in parallelo un calendario di eventi di confronto e incontro in cui approfondire le varie dimensioni delle problematiche oggetto della Raccomandazione .

Agenas, nell'ambito della collaborazione con il Gruppo di Lavoro della SIQUAS, ha svolto diversi studi mirati, all'inquadramento normativo ed organizzativo dell'assistenza socio-sanitaria mediante l'analisi dei provvedimenti normativi e degli adempimenti di interesse nazionale e regionale, all'analisi delle esperienze regionali in materia di integrazione socio-sanitaria per aree prioritarie, nonché alla ricerca di contributi scientifici sul tema. Inoltre, in collaborazione con il Dott. Antonio Fortino dell'Azienda USL Roma D, la Sezione ha curato il Glossario scientifico sull'integrazione socio-sanitaria con lo scopo di rendere più chiara e omogenea la terminologia utilizzata in questo ambito.

Il Glossario e i contributi di carattere normativo, sono parte integrante della Raccomandazione SIQUAS "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario" presentata a Roma il giorno 16 marzo 2012 alla Consensus Conference SIQUAS dedicata al tema della qualità nell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale.

La Raccomandazione ed i suoi allegati sono consultabili al sito [www.osservatorio-sanita.it/news](http://www.osservatorio-sanita.it/news).

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 giorno 15 Novembre 2012, ha partecipato al Workshop Consensus alla Raccomandazione SIQUAS su "Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale" nell'ambito del Forum per la Non Autosufficienza di Bologna.

### **Fondi sanitari integrativi**

In quest'ambito, Agenas, nel secondo semestre 2012, ha avviato uno studio sulle forme integrative di assistenza sanitaria con particolare riferimento alla disciplina dei Fondi sanitari integrativi definiti come "Organizzazioni prevalentemente private, variamente denominate, che raccolgono, su base volontaria, risparmio dei singoli cittadini o di gruppi di cittadini o risparmio di tipo contrattuale a livello nazionale, regionale o locale, per fornire prestazioni sanitarie e sociosanitarie che integrano quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e dal Sistema di protezione sociale, per finalità non orientate al profitto".

In Italia esistono due diverse forme di Fondo sanitario:

- i Fondi sanitari disciplinati ai sensi dell'art 51, co 2, lett a), del d P R n 917/1986 (Testo unico delle imposte sui redditi - Tuir) che raccolgono i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro e/o dal lavoratore in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale e che si avvalgono del beneficio fiscale della deducibilità degli importi versati;
- i Fondi sanitari integrativi del Ssn, disciplinati ai sensi dell'art 9 del D Lgs 229/1999, e successive modificazioni, che sono finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale.

64



La disciplina dei Fondi si è evoluta in un arco temporale particolarmente lungo e sconta una complessità dovuta soprattutto al sovrapporsi di interventi normativi volti ad armonizzare le due forme di Fondo sanitario .

L'obiettivo di Agenas, nella prima fase dello studio, è stato, infatti, quello di ricostruire tale disciplina con particolare riferimento al decreto ministeriale 31 marzo 2008 intervenuto nella definizione degli ambiti d'intervento, non solo dei Fondi sanitari integrativi del Ssn, ex art 9 del D Lgs 229/1999, ma anche di quelli costituiti ai sensi dell'art 51 del Tuir, introducendo un primo correttivo alla disomogeneità delle prestazioni tra le due tipologie di Fondi sanitari e il decreto ministeriale 27 ottobre 2009 che ha istituito l'Anagrafe dei fondi sanitari, finalizzata al "censimento dei soggetti operanti come organismi di sanità integrativa" e alla verifica della soglia (20%) delle risorse vincolate agli ambiti integrativi da parte di enti, casse e società di mutuo soccorso in attuazione di contratti, accordi o regolamenti aziendali .

L'analisi ha finora dimostrato che il problema dell'aumento della spesa sanitaria nelle sue componenti pubblica e privata è un tema molto complesso su cui si deve ancora lavorare molto .

I Fondi sanitari integrativi possono svolgere un'importante funzione complementare, apportando maggiore qualità ed efficienza nella componente privata della spesa, oggi in Italia ancora di tipo prevalentemente out of pocket e, quindi, in posizione di debolezza nei confronti dei soggetti erogatori delle prestazioni .

In sostanza, attraverso i Fondi integrativi del Ssn, è possibile riorientare la spesa privata dei cittadini verso ciò di cui le politiche pubbliche non riescono a farsi carico; riorientare ciò che oggi gli attuali Fondi offrono verso i problemi di maggiore rilevanza sociale, come l'assistenza agli anziani non autosufficienti, sempre secondo uno schema di tipo solidaristico negoziale o di territorio, non lasciando gran parte della popolazione da sola a provvedervi in maniera autonoma, in base alla propria capacità reddituale. È una sfida che altri Paesi europei, per esempio l'Inghilterra o la Svezia, hanno colto da tempo inserendo come soggetti che concorrono al sistema di protezione della salute Fondi sanitari integrativi e mutualità volontaria che forniscono sia prestazioni aggiuntive, che integrative di assistenza.

L'obiettivo è, quindi, quello di proseguire lo studio avviato e di seguire la tematica della sanità integrativa in Italia e i suoi sviluppi futuri.

### **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 hanno reso indispensabile uno studio per avere a disposizione ai diversi livelli istituzionali informazioni per la proposta di parametri condivisi e comunque utili per la corretta programmazione.

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

È stato predisposto in collaborazione con la Dott ssa Morandi pertanto un 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 produzione 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 proposta di eventuali parametri di riferimento relativi al fabbisogno ed ai costi delle prestazioni sociosanitarie e l'eventuale proposta di sistemi di finanziamento e remunerazione

Nel secondo semestre sono stati svolti incontri ristretti e con i referenti regionali designati dalla Commissione salute, dr ssa Banchemo (Liguria) e dr ssa Corti (Veneto), per condividere le tematiche del progetto

Inoltre, sono stati avviati i contatti con l'Università Bocconi al fine di approfondire le tematiche relative al fabbisogno di prestazioni sociosanitarie

Il presente progetto, che sarà attivato nel primo semestre del 2013 in collaborazione con la dott ssa Morandi, costituisce un ampliamento del progetto "I costi delle prestazioni di assistenza agli anziani in regime residenziale e riabilitativo territoriale (ex art 26)" precedentemente attivato

### **Gruppo di lavoro residenzialita' psichiatrica (Agenas - Gism)**

Nel secondo semestre 2012, la Regione Liguria, regione capofila del Coordinamento interregionale per la salute mentale della Commissione Salute, ha indirizzato all'Agenas una richiesta di collaborazione finalizzata alla rivisitazione

degli standard di attività e delle tipologie assistenziali delle strutture residenziali e semiresidenziali per pazienti con disturbi mentali, in carico ai Dipartimenti di salute mentale. Considerata l'importanza e l'attualità del tema, a luglio 2012 l'Agenas e il Gruppo interregionale salute mentale (GISM) della Commissione Salute hanno avviato un'attività di studio e di ricerca, della durata di 12 mesi, finalizzata alla definizione di standard di tipologie assistenziali e prestazioni omogenee in materia di residenzialità psichiatrica, mediante la costituzione di un Tavolo tecnico a cui è stato affidato il compito di elaborare un documento di indirizzo concernente l'appropriatezza e la sostenibilità dei trattamenti psichiatrici residenziali.

L'obiettivo del lavoro è quello di promuovere l'evoluzione della rete dei servizi dell'area della salute mentale da una residenzialità come sistema di contenitori assistenziali a una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturati sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno abitativo domiciliare), sia per programmi e tipologia di intervento in relazione alla complessità dei bisogni. Il progetto dà seguito alle indicazioni del Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013 con particolare riferimento alla scheda Tutela della salute mentale in età adulta – Obiettivo 10 “Differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale per migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità”.

Il Tavolo tecnico, denominato Gruppo di lavoro sulla residenzialità psichiatrica, è coordinato e diretto dalla Dott.ssa Mariadonata Bellentani - dirigente della Sezione Organizzazione servizi sanitari dell'Agenas - con la collaborazione del Dott. Guido Ditta, in qualità di consulente Agenas.

Il Gruppo di lavoro è composto da rappresentanti del GISM, del Ministero della Salute, dell'Istituto superiore di sanità e da esperti in materia.

Nella prima fase del lavoro, avviata a luglio 2012, la discussione fra tutti i partecipanti ha permesso di mettere a fuoco i seguenti punti:

- esiste una significativa variabilità nell'organizzazione e nel funzionamento delle strutture residenziali psichiatriche nelle varie Regioni;
- le disomogeneità riguardano, fra l'altro, i criteri di accreditamento, le modalità d'accesso, la definizione dei costi e delle prestazioni erogate;

- particolarmente problematica appare la situazione della residenzialità dedicata ai minori

Al fine di proporre modelli omogenei e confrontabili tra loro, si è ritenuto opportuno tenere a riferimento il documento del Progetto Mattoni del Ministero della Salute, identificato come “Mattone 12 – Prestazioni residenziali e semiresidenziali”, nel capitolo concernente la residenzialità psichiatrica

Nel periodo di riferimento è stata predisposta una griglia per la mappatura delle strutture residenziali psichiatriche esistenti nel territorio regionale per adulti e per minori contenente le informazioni ricavate dagli assetti normativi e programmatici, ufficialmente in vigore nelle Regioni, sulla base della normativa nazionale di riferimento, in primo luogo il Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale” 1998-2000.

In seguito alla rilevazione effettuata sui dati trasmessi dalle Regioni partecipanti al Gruppo di lavoro il coordinamento scientifico ha ritenuto opportuna una riflessione metodologica che sta portando alla stesura di un Documento denominato “Le strutture residenziali psichiatriche” concernente: indicazioni sul personale sull’organizzazione; il Piano Terapeutico Individuale (PTI) e il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTR); la tipologia delle Strutture Residenziali Psichiatriche; indicazioni per l’accreditamento delle residenze psichiatriche, ai sensi dell’Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012; nonché l’attività di verifica e monitoraggio.

Tale Documento, attualmente in fase di discussione e valutazione da parte di tutto il Gruppo di lavoro, sarà oggetto di apposito Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni.

## Assistenza Sociosanitaria: Cronicità e Prevenzione

### 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 e 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 .

Il progetto mira a 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 prendere in considerazione sia gli ambiti territoriali sia i ricoveri ospedalieri, come parti integranti del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale nella sua globalità.

L'obiettivo generale del Progetto MATRICE è quello di monitorare la gestione di alcune patologie croniche e complesse (diabete, cardiopatia ischemica, ipertensione, scompenso cardiaco, demenza) in diversi stadi di ingravescenza nelle diverse Regioni e Province Autonome, mediante l'utilizzo integrato di flussi informativi già esistenti.

I flussi amministrativi utili ai fini del Progetto MATRICE sono quelli relativi a:

- anagrafe assistiti (art. 50 del D.L. 269/2003, convertito in legge dall'art. 1 L. 326/2003);
- esenzioni per patologia (art. 50 del D.L. 269/2003, convertito in legge dall'art. 1 L. 326/2003);
- schede di dimissione ospedaliera - SDO (D.M. 27 ottobre 2000, n. 380);
- specialistica ambulatoriale (art. 50 del D.L. 269/2003, convertito in legge dall'art. 1 L. 326/2003);
- farmaceutica convenzionata (art. 50 del D.L. 269/2003, convertito in legge dall'art. 1 L. 326/2003);
- farmaceutica ad erogazione diretta (D.M. 31 luglio 2007);
- emergenza urgenza (D.M. 17 dicembre 2008);
- assistenza domiciliare (D.M. 17 dicembre 2008);
- assistenza residenziale e semiresidenziale (D.M. 17 dicembre 2008)

Il progetto prevede:

- la definizione e la validazione di algoritmi per l'identificazione delle patologie oggetto di studio;

- la creazione di un set di indicatori ricavabili da flussi informativi correnti, specifici per livello di governo del sistema sanitario, per leggere come sono assistiti i pazienti affetti dalle patologie oggetto di studio;
- la traduzione dei dati ottenuti dall'integrazione dei flussi informativi in informazioni leggibili attraverso report, grafici, tabelle.

Il Progetto MATRICE ha una durata biennale (24 mesi) ed ha preso ufficialmente avvio il 7 febbraio 2011. Nel corso dell'incontro del 28 novembre 2012 in Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario è stata presentata e approvata la richiesta di proroga annuale del progetto, differendone il termine al 6 febbraio 2014.

Il progetto viene realizzato mediante l'attivazione di una collaborazione inter-istituzionale tra Agenas, Ministero della Salute, alcune Regioni e alcuni partner scientifici.

Nel corso del secondo semestre del 2012 si è proseguito con lo sviluppo delle attività di ricerca volte alla costruzione del sistema MATRICE, comprensivo di tre software. Il primo software, denominato TheMatrix, è un software open source di estrazione dati dai flussi amministrativi che sarà installato presso le aziende partecipanti al progetto, e consentirà di identificare i malati oggetto di studio e di seguirne il percorso assistenziale.

Il secondo software, denominato Neo, sarà anch'esso installato localmente e servirà a realizzare report operativi per il monitoraggio del processo e a creare report locali semplici.

Il terzo software, TheOracle, basato sulle funzioni Business Intelligence di ORACLE e installato presso l'Agenas, riuscirà a supportare tutte le funzioni grafiche e di confronto richieste dagli utenti, tra cui la rappresentazione grafica degli indicatori e la creazione di report di confronto tra ambiti territoriali.

Gli sviluppatori del software TheMatrix stanno procedendo con il rilascio di versioni prototipali del software alle aziende partecipanti al Progetto, in modo da testarne l'installazione e riscontrare le criticità di carattere pratico. In particolare proseguono le interazioni e le collaborazioni tra gli sviluppatori dei tre software 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.

Parallelamente a questa attività è stato definito un set di indicatori stadio-specifici, sulla base della stadiazione delle patologie oggetto di studio elaborata nei mesi precedenti. Gli indicatori, estrapolati dalle linee guida maggiormente accreditate in letteratura, sono calcolabili mediante i flussi amministrativi correnti al fine di consentire il monitoraggio del percorso diagnostico-terapeutico (PDTA) del paziente. Per la condivisione e validazione di tali indicatori sono stati attivati e coinvolti quattro gruppi di medici: un gruppo di medici di medicina generale della Regione Abruzzo, un gruppo di cardiologi dell'Università degli Studi dell'Aquila, un gruppo di diabetologi della Commissione Nazionale Diabete del Ministero della Salute e un gruppo di geriatri del Gruppo di Ricerca Geriatrica (GRG) della ASL di Brescia.

L'attività di validazione degli algoritmi di definizione del caso prevalente e quella di generazione automatica di algoritmi innovativi sono state isolate e declinate in un Progetto più piccolo rispetto al Progetto MATRICE, il Progetto Gold Standard-MATRICE. La validazione viene condotta incrociando le informazioni desumibili dai flussi amministrativi con le diagnosi e gli elementi essenziali del percorso assistenziale del paziente registrate da venticinque medici di medicina generale afferenti alla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) ed operanti nel territorio delle aziende coinvolte. In questo modo si intende mettere a confronto sistematicamente, su un campione di soggetti determinato, i risultati ottenuti dagli algoritmi con un'informazione ritenuta di qualità certificata (gold standard), al fine di determinare quali algoritmi di definizione del caso prevalente siano in grado di identificare coorti di pazienti il più possibile sovrapponibili a quelle identificate dai medici di medicina generale.

Al fine di evitare di dover chiedere il consenso informato di tutti i circa 30 000 pazienti i cui dati vengono incrociati, il Progetto è stato inserito nell'ambito della ricerca sanitaria corrente Agenas 2012 ai sensi dell'art. 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.

Si è proceduto inoltre a formulare e inviare una Comunicazione all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali sulle attività del Progetto Gold-Standard-MATRICE, ai sensi dell'art. 110, comma 1, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice della Privacy). Rispetto alla Comunicazione, sono pervenuti chiarimenti da parte dell'Autorità Garante ai quali si sta procedendo ad elaborare una risposta.

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

La Sezione OSS, nell’ambito del Progetto CCM 2009, ha proceduto ad un approfondimento degli atti programmatori regionali sulla “prevenzione della disabilità negli anziani ad alto rischio funzionale”.

A livello legislativo e di pianificazione, il processo di costruzione della rete dei servizi per gli anziani è progredito negli ultimi anni sotto la spinta delle indicazioni fornite dai Piani sanitari nazionale e regionali e dei Piani di prevenzione nazionale e regionali. I risultati di questa ricerca hanno messo in luce una significativa trasformazione del modo di percepire ed affrontare l’invecchiamento. Nonostante i dati mostrino uno scenario nel quale i modi di vivere e di percepire l’età anziana si modificano e si evolvono velocemente, 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, è che la fragilità è diventato un tema di crescente importanza in quanto nel mondo occidentale c’è un forte invecchiamento demografico e che 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 e richiede la cooperazione e l’interazione di più professionisti, del paziente, del suo nucleo familiare e sociale connessi in rete.

La prevenzione della fragilità consente alle persone di realizzare le loro potenzialità di benessere fisico, sociale e psichico durante l’intero arco della vita e di partecipare alla vita sociale, dando loro nel contempo una protezione, una sicurezza e cure adeguate nel momento in cui ne hanno bisogno. Pertanto la promozione dell’invecchiamento attivo richiede un approccio multidimensionale.

Oltre a questo lavoro di analisi sulle varie indicazioni programmatiche regionali, nel semestre di riferimento l’Agenas ha partecipato attivamente, al dibattito che si è sviluppato soprattutto in questo anno 2012 (anno europeo dell’invecchiamento sano ed attivo e della solidarietà tra generazioni) al fine di promuovere politiche sull’invecchiamento attivo, identificare e diffondere le buone prassi per la promozione di strategie condivise per la prevenzione della disabilità.

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

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 .

L'Agenas ha partecipato attivamente alla ricerca in questo semestre ed ha contribuito anche alla definizione del piano di attività e allo sviluppo dello stesso, in sinergia ed attuazione dell'Azione Centrale ACP 5 1 “Azione conoscitiva sull'assetto e le attività delle strutture deputate alla prevenzione”, al fine di conoscere la reale distribuzione degli assetti organizzativi della prevenzione.

La finalità perseguita dal progetto è stata quella di esplorare l'articolazione delle strutture che erogano i servizi di prevenzione attraverso la lettura della normativa e dei progetti regionali all'interno dei Piani Regionali di Prevenzione. Ulteriore azione prevista, che verrà realizzata nel prossimo semestre, è quella di raccogliere dei dati direttamente, attraverso una survey che coinvolgerà gli operatori della prevenzione individuati tramite diverse modalità operative.

Il progetto di ricerca in oggetto, nasce dalla considerazione che i risultati dell'indagine devono fornire informazioni utili alle Regioni per una “comprensione condivisa” e per la governance del nuovo scenario della prevenzione.

Tra gli ulteriori obiettivi dell'indagine abbiamo voluto inserire la conoscenza e la descrizione della diversità delle Regioni nell'assetto organizzativo di tutte le strutture del SSN. Abbiamo cercato di identificare i modelli di erogazione della prevenzione ed in particolare individuare quali strutture erogano prevenzione e comprendere quanta parte della prevenzione è in realtà demandata a strutture al di fuori del SSN.

In particolare l'Agenas in questo semestre ha effettuato una elaborazione dei dati disponibili a livello regionale al fine di attivare un benchmarking sui modelli di prevenzione previsti dalle Regioni inizialmente su 4 aree: applicazione del punteggio di rischio cardiovascolare; promozione dell'attività fisica; prevenzione secondaria del diabete e promozione della salute negli anziani. Successivamente si è conve-

nuto di orientare la ricerca verso aree di studio più strettamente connesse alle attività svolte dai Dipartimenti di prevenzione, decidendo pertanto che l'indagine dovesse focalizzarsi sui temi di Guadagnare Salute. In aggiunta è stato richiesto di occuparsi anche del tema della prevenzione sugli infortuni sul lavoro. In relazione a questo ultimo punto le unità operative della ricerca hanno deciso che il punto verrà inserito solo se si riuscirà ad ottenere la collaborazione dall'ex ISPELS e quindi viene subordinato al risultato di una valutazione di fattibilità.

Le attività sono proseguite da una parte con l'analisi dei progetti presentati dalle singole Regioni nell'ambito dei Piani regionali di Prevenzione e dall'altro con l'analisi degli atti normativi e delle indicazioni programmatiche attraverso l'utilizzo di parole chiave quali: dipartimento di prevenzione, prevenzione primaria, prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, prevenzione della disabilità, promozione dell'attività fisica.

Le informazioni che abbiamo raccolto sono state organizzate all'interno di una tabella riepilogativa per ciascuna Regione. In seguito la tabella è stata inviata ai Referenti Regionali al fine di integrare e o migliorare le informazioni contenute nella tabella.

Le informazioni che abbiamo ricavato ci mostrano che le strutture ( identificabili nel Dipartimento di Prevenzione, nel distretto sociosanitario e in altre tipologie di Dipartimento) deputate all'erogazione dei servizi di prevenzione svolgono almeno una delle seguenti funzioni:

- sorveglianza e monitoraggio delle condizioni di salute della popolazione, di accesso ai servizi sanitari, sociali o scolastici;
- informazione, educazione e comunicazione su aspetti di salute, a livello individuale o collettivo;
- coinvolgimento dei cittadini sui temi sociosanitari nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute;
- sviluppo di progetti programmi, strategie che danno supporto o promuovono azioni a favore della prevenzione;
- azioni a favore di individui allo scopo di favorirne l'accesso ai servizi al fine di limitare le disuguaglianze;
- attività di supporto, supervisione, formazione del personale operante nei servizi

Allo stato attuale nell'ambito di una prima verifica l'insieme normativo risulta piuttosto scarso proprio perché sono carenti politiche regionali omogenee che intervengono su alcune aree tematiche e non offrono un quadro esaustivo dei servizi erogati e del rapporto quantitativo bisogni/servizi, nonché sulle previsioni demografiche relative al periodo di riferimento del Piano sanitario regionale. Si ritiene che le informazioni raccolte, comunque possano fornire elementi di riflessione per la programmazione degli interventi di prevenzione e socio-assistenziale rivolti alla popolazione anziana.

Il progetto nasce con l'intento di allargare la ricerca consolidando le metodologie. Lo studio intende rivisitare le esperienze per giungere al consolidamento di strumenti e percorsi attraverso la revisione delle esperienze delle Regioni.

Queste analisi sono state oggetto di confronto con l'ISS e con i rappresentanti delle Regioni e saranno materia di ulteriori approfondimenti e studio a livello interregionale nel corso della durata del progetto.

Accanto alle attività di ricerca proprie, l'Agenzia ha partecipato ad incontri e si è coordinata con i referenti della Steering Committee e le altri attori coinvolti per il prosieguo delle attività.

**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**

Nel corso del semestre di riferimento, Agena, attraverso la propria sezione OSS, ha partecipato a degli incontri per l'elaborazione del documento "Linee guida per l'analisi ragionata dei Piani Regionali della Prevenzione (PRP)". È 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 per l'approfondimento del tema.

## 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 socio-sanitari 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 ha messo 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, semi-residenziale 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

I risultati del progetto sono stati presentati al convegno AIE tenutosi dal 29-31 ottobre 2012 a Bari.

Inoltre, nel semestre di riferimento è stata redatta la rivista monografica Monitor sul tema della Presa In Carico degli anziani Non Autosufficienti [http://www.agenas.it/monitor/supplementi/Quaderno\\_Monitor\\_10.pdf](http://www.agenas.it/monitor/supplementi/Quaderno_Monitor_10.pdf).

Agenas ha inoltre partecipato al Forum sulla Non Autosufficienza, che si è tenuto a Bologna nei giorni 14 e 15 novembre 2012 dedicato alla discussione in merito a strumenti idee soluzioni per le innovazioni sociali e Welfare di cura con un Workshop sul tema “La Presa in carico degli anziani non autosufficienti” Al workshop ha partecipato oltre alla sezione OSS, l’Ars Toscana e L’università Cattolica del Sacro Cuore.

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

Nel corso dei primi giorni del secondo semestre 2012, il Tavolo PUA, ha lavorato con particolare impegno nella sua funzione di monitoraggio per giungere ad avviare sperimentalmente una funzione di facilitazione e affiancamento a favore di PUA che presentano criticità organizzative o gestionali.

Dopo una breve interruzione dovuta a problemi di governance della Regione sono state riprese le attività del Tavolo sempre con la funzione di monitorare la progressiva implementazione dei PUA e di valutare la coerenza degli stessi con le linee di indirizzo e di affiancare le realtà con criticità. Il lavoro prosegue con incontri a cadenza mensile.

### **Medicina Generale, Distretti e Cure Palliative**

#### **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

A due anni e mezzo dalla approvazione della L 38, numerosi sono stati i provvedimenti attuativi che sono stati adottati e in particolare negli ultimi mesi, grazie al forte impulso impresso dal Ministro della Salute prof Balduzzi, costituiscono importanti risultati, in quanto indicano le modalità per semplificare le procedure di accesso alle due reti assistenziali e ridefiniscono i modelli assistenziali che devono essere in grado di soddisfare numerosi requisiti, sintetizzati in 14 elementi/principi nell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012. Si tratta di un atto fondamentale, applicando il quale si potranno sviluppare le reti in modo omogeneo in tutto il Paese. Sono state, infatti, definite con le Regioni le dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la Rete locale di Cure Palliative quale aggregazione funzionale ed integrata delle attività erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territorialmente definito che deve essere in grado di soddisfare contemporaneamente numerosi requisiti tra i quali: la creazione di strutture organizzative e di coordinamento, l'operatività di equipe multiprofessionali dedicate, l'unitarietà dei percorsi di cure domiciliari attraverso le Unità di Cure Palliative domiciliari, la continuità delle cure tra l'ospedale, il domicilio e l'hospice .

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

Nell'ambito della campagna di comunicazione, nel secondo semestre, l'Agenas ha acquisito gli ultimi aggiornamenti riguardanti, sia il volume del dolore adulto che il volume del dolore per l'area pediatrica, per procedere poi nei primi mesi del 2013 alla ristampa dei due testi che saranno realizzati in formato tascabile per essere un più agile strumento di lavoro per i medici.

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 conoscen-

za che possano essere utili nelle loro attività quotidiane di cura, trattamento e presa in carico delle persone .

**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”**

Il progetto di ricerca attuativo di linee programmatiche Agenas 2010-2011, già 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 si conclude con alcuni risultati di rilievo nell’ambito delle buone esperienze che esistono in Italia su questa tematica.

L’obiettivo principale del progetto è stato quello di porre le basi per attivare un Osservatorio nazionale delle Buone Pratiche relative a:

- 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 nelle strutture di Oncologia ed Ematologia;
- il sostegno ai familiari che si prendono cura dei malati assistiti in cure palliative domiciliari

La ricerca, che dal punto di vista analitico può configurarsi come un’indagine descrittiva, ha previsto come già detto in precedenza, la compilazione del questionario specifico per il servizio erogato nell’ambito delle tipologie definite .

I risultati di questa indagine, che saranno diffusi a breve, potranno aiutare le strutture erogatrici di cure palliative a rilevare le proprie criticità, stimolandole e supportandole nella ricerca di percorsi virtuosi di miglioramento, e le avvicino progressivamente a livelli di eccellenza.

In questa prospettiva si prevede per il prossimo futuro la costituzione di un Osservatorio di Buone pratiche che permetterà al cittadino di conoscere le strutture erogatrici di CP domiciliari coinvolte nella presente indagine, consultandone altresì le principali caratteristiche di natura tecnico-organizzativa.

Poiché gli elementi rilevanti per l'individuazione di una Buona Pratica coincidono con alcune prassi consolidate (esperienze concrete, stabili e non occasionali) e con la loro misurabilità attraverso item descrivibili e rilevabili, l'attività di inclusione delle strutture erogatrici nell'osservatorio sarà guidata da un lato dal possesso di criteri irrinunciabili e, dall'altra, dalla capacità da parte loro di documentare i propri flussi di attività, ritenuti entrambi i capisaldi per poter svolgere cure domiciliari di buona qualità .

Più specificamente, il Board Scientifico ha identificato i requisiti di inclusione (criteri di struttura, processo e documentazione di dati di attività robusti dal punto di vista statistico) per l'inserimento delle unità di offerta di CP all'interno del costituendo Osservatorio delle buone pratiche sulla base delle evidenze empiriche riscontrate nella presente indagine .

I dati raccolti nell'indagine di acquisizione verranno diffusi attraverso il portale dell'Osservatorio sulle Buone Pratiche nelle Cure Palliative. Il portale sarà un sito web rivolto a due tipologie di utenti: il "cittadino" e l'"addetto ai lavori".

## **Pareri e Supporto giuridico nella predisposizione di Piani Sanitari Regionali**

### **Piani Sanitari Regionali**

Nel secondo semestre 2012 l'Agenas ha continuato ad elaborare, in collaborazione alle attività svolte dal Ministero della salute nell'ambito del Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria, pareri sulle attività delle Regioni sottoposte a Piano di rientro, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete territoriale, al raccordo tra ospedale e territorio e ad alcuni aspetti della rete di emergenza-urgenza (centrale operativa; punti di primo intervento; raccordo con i punti di guardia medica), con una particolare attenzione ai diversi contesti e al fabbisogno regionale .

In particolare diversi pareri hanno riguardato la dismissione o, più spesso, la riconversione di ospedali di piccole dimensioni, considerati non adeguati a garantire i parametri di sicurezza per i pazienti, nonché di corrispondenza con l'effettivo fabbisogno della popolazione regionale. La difficoltà maggiore si è riscontrata nella

destinazione degli stabilimenti, oggetti di riconversione, in servizi territoriali, in genere previsti come “presidi polivalenti”; risulta talora carente la descrizione dei servizi da attivare, la responsabilità della struttura e le modalità di integrazione dei diversi professionisti, a partire dai Medici di medicina generale. Altro aspetto che è stato talora riscontrato è la presenza di un confine non preciso tra attività ospedaliere e quelle territoriali (ad esempio rispetto al rapporto tra day surgery e chirurgia ambulatoriale); si è in questi casi intervenuti per chiedere maggiori precisazioni al fine di evitare eventuali rischi in termini di sicurezza e anche di dispersione di risorse.

Spesso i citati interventi di riconversione sono stati condizionati da pronunce del giudice amministrativo; il quale - tramite le decisioni assunte - ha in diversi casi determinato il mantenimento di alcune piccole strutture (es. nelle Regioni Abruzzo, Molise e Lazio), causando inevitabili difficoltà nella concretizzazione di quanto previsto nei Piani di rientro, oppure nei Programmi Operativi. In particolare i giudici richiedono che sia garantita la contemporaneità del potenziamento dei servizi di emergenza-urgenza e del territorio rispetto alle dismissioni individuate e una coerenza rispetto agli investimenti effettuati dalle Regioni.

Alcune Regioni (Piemonte, Molise) hanno previsto vari interventi di riprogrammazione che non si sono ancora conclusi con una ridefinizione organica delle reti assistenziali. Altre, come per esempio la Puglia, hanno provveduto a completare la maggior parte degli interventi previsti dal Piano di rientro.

In conclusione, alla luce di quanto sopra esposto, si può affermare che gli interventi effettuati non hanno avuto un’attuazione omogenea in tutte le Regioni. Tale disomogeneità ha reso necessaria un’attività, da parte della Agenas, di costante studio e approfondimento delle realtà regionali al fine di avere una maggiore conoscenza delle diverse dinamiche che possono alterare la corretta realizzazione degli interventi svolti.

Nello stesso periodo è proseguita, altresì, l’attività di aggiornamento periodico e di 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.

È, stata fornita, infine, un'attività di supporto per l'elaborazione di alcuni aspetti del nuovo Piano sanitario regionale del Molise, che attualmente sta avviando l'iter di valutazione e approvazione.

## **Monitoraggio dell'implementazione degli obiettivi stabiliti dal PSN**

### **Progetto sugli obiettivi prioritari di PSN per le cure primarie**

L'Agenas, a seguito della Convenzione stipulata nel 2010 con il Ministero della Salute, ha assunto il compito di svolgere un monitoraggio dei progetti regionali presentati ed approvati dal Ministero, in attuazione dell'obiettivo prioritario del Piano Sanitario Nazionale "Assistenza H24 e Cure Primarie", come individuati dalla Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano con l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009. Tale Accordo ha stanziato un miliardo e 410 mila euro, suddivisi tra le Regioni. Il 25% di queste risorse è relativo all'obiettivo 1 "Cure Primarie", con particolare riferimento allo sviluppo di modelli organizzativi innovativi per l'Assistenza Primaria e la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso (PS), tenendo anche conto delle indicazioni del Ministero della Salute su queste tematiche .

La durata iniziale della convenzione era di 18 mesi, registrata alla Corte dei Conti in data 14 giugno 2010, ma l'Agenas, in considerazione della complessità dell'attività prevista dall'accordo, ai sensi dell'art. 2 della Convenzione, in data 27 ottobre 2011 con prot. n. 10216, ha richiesto una proroga annuale al 10 dicembre 2012. Tale richiesta è stata accolta dal Ministero della Salute in data 28 novembre 2011 con prot. n. 11104 .

Nei termini previsti dalla convenzione, l'Agenas ha trasmesso al Ministero della Salute la relazione finale sull'attività svolta ed è attualmente in corso di pubblicazione un Supplemento al numero monografico della Rivista Monitor dell'Agenas interamente dedicato al tema oggetto del Monitoraggio.

La Sezione OSS, in particolare, ha sviluppato la linea progettuale: "Assistenza Primaria, Assistenza H24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso".

Il progetto ha previsto la costituzione di un Gruppo di lavoro composito, multidisciplinare e multi professionale. Sono state coinvolte nello specifico la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, rappresentanti dei diversi progetti regionali selezionati ed esponenti provenienti sia dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma che dalla Scuola Superiore di Politiche per la Salute dell'Università di Bologna. Il Gruppo di lavoro è stato coordinato dall'Agenas.

Il progetto ha inteso, in collaborazione con le Regioni:

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

L'innovatività del lavoro e la difficoltà di individuare ex post strumenti di verifica con progetti a diversi stadi di implementazione ha portato il gruppo di lavoro alla costruzione di una metodologia che considerasse tre linee direttrici:

- 1) individuazione dei determinanti comuni organizzativi e professionali caratterizzanti i progetti regionali;
- 2) individuazione di una metodologia analitica che possa applicarsi a specifici progetti che abbiano i requisiti informativi per poter effettuare una valutazione ex ante ed ex post rispetto ad un modello innovativo di Assistenza Primaria introdotto, come base per una valutazione di impatto (Casi Studio);
- 3) analisi normativa sui temi in oggetto e contributi regionali di presentazione dei propri modelli di sviluppo secondo uno schema comune.

### **Indagine sui Determinanti Organizzativi e Professionali**

Uno degli obiettivi specifici del Progetto è stato quello di effettuare il monitoraggio degli sviluppi di progetti regionali attraverso l'individuazione di determinanti organizzativi e professionali esplicitamente rappresentati nelle linee progettuali considerate .

Complessivamente 16 Regioni hanno trasmesso progetti al Ministero della Salute. Di queste, 12 Regioni hanno accettato di partecipare e hanno sottoscritto la convenzione della durata di 18 mesi, successivamente prorogati: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Molise, Puglia, Sicilia, Toscana, Veneto. Le Regioni partecipanti hanno presentato un totale di 34 progetti. In seguito all'applicazione dei criteri di inclusione, sono stati selezionati i progetti regionali presentati in Tabella 4.

**Tabella 4: Progetti regionali selezionati ai fini del monitoraggio**

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

I progetti presentati da 10 delle 12 Regioni partecipanti contenevano una sola linea progettuale, mentre le Regioni Liguria e Campania hanno partecipato con un progetto composto da due differenti linee progettuali. In sintesi l'analisi è stata effettuata su 14 linee progettuali totali per 12 progetti regionali selezionati.

Nel secondo semestre 2012, in riferimento agli aspetti più specifici del Monitoraggio degli elementi caratterizzanti i diversi modelli aziendali/regionali:

- il Gruppo di lavoro dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e l'Agenas hanno effettuato, sulla base di una checklist appositamente predisposta, una valutazione quali-quantitativa dei progetti regionali individuati e delle relazioni prodotte dalle singole Regioni sulle caratteristiche principali di attuazione dei progetti;
- sulla base di tale valutazione quali-quantitativa, sono state predisposte delle schede di sintesi delle caratteristiche di ciascun progetto e successivamente sono stati formulati dei giudizi, consegnati ai referenti regionali, sui punti di forza e sui punti passibili di implementazione per ogni esperienza valutata.

Dai risultati del monitoraggio dei principali determinanti organizzativi e professionali dei progetti regionali volti al miglioramento dell'assistenza fornita sul territorio, al fine di promuovere la riduzione degli accessi impropri al PS, emerge come la risposta al bisogno di salute del paziente che non presenti effettive condizioni di urgenza, venga affrontata attraverso prospettive organizzative differenti.

Nella maggior parte delle linee progettuali presentate, le Regioni hanno effettuato scelte volte all'implementazione dei servizi ambulatoriali a gestione territoriale, ubicati in un contesto extra-ospedaliero, individuando nell'Assistenza Primaria un valore strategico di risposta ad un incremento di accessi impropri ai servizi di Emergenza-Urgenza e di fisiologico riposizionamento di un'offerta di servizi che sia accessibile dal punto di vista temporo-spaziale (accessibility) e da quello finanziario (affordability) e coerente con la tipologia del bisogno del singolo paziente.

In poco più di un terzo delle linee progettuali si è invece optato per la sede ospedaliera del servizio, anche se nella maggior parte dei casi la gestione dei pazienti è comunque affidata alle funzioni territoriali. Soltanto un progetto ha visto le funzioni ospedaliere direttamente coinvolte. Questa scelta comporta che il paziente di

fatto, indipendentemente dalle figure professionali coinvolte nel servizio, continua a rivolgersi all'interno del contesto ospedaliero per ricevere risposta al suo bisogno di salute. Tra i vantaggi di tale approccio viene rilevata una maggiore facilità di stabilire collegamenti sia organizzativi che professionali tra i medici responsabili del primo contatto, i servizi di Emergenza-Urgenza e i servizi ospedalieri al fine di velocizzare le procedure diagnostiche e l'accesso alle visite specialistiche.

Per quanto riguarda i modelli ospedalieri, è opportuno sottolineare come a livello ministeriale vengano proposti quale possibile approccio al problema in fase transitoria. Infatti la scelta considerata strategica resta quella dei modelli territoriali con il supporto della Medicina Generale.

Dal monitoraggio effettuato emerge come sia riconosciuto un ruolo centrale, nel contenimento degli accessi impropri al PS, ai medici del territorio, siano essi MCA o MMG. Queste figure professionali vengono coinvolte nel 92,9% dei casi, seppur con diverse modalità collaborative.

La valorizzazione dell'organizzazione dei servizi territoriali e della professionalità dei medici del territorio nel rispondere alla peculiare domanda assistenziale che il paziente con bisogno di salute non ancora definito rivolge al SSN, risulta in linea con le evidenze riscontrate in letteratura. Queste mostrano come lo sviluppo di un valido sistema di Assistenza Primaria possa portare ad un miglioramento degli outcome di salute con particolare riguardo all'utilizzo dei servizi di Emergenza-Urgenza.

Altro aspetto importante è il ruolo dell'associazionismo medico, che è presente nel 71,4% dei casi, prevalentemente di tipo strutturale e quindi con sede comune. Tale modalità organizzativa della Medicina Generale, sempre più frequentemente aperta alla collaborazione di altre figure professionali mediche e non mediche, viene considerata alla base della garanzia di una maggiore accessibilità e continuità assistenziale non solo per il paziente cronico e/o non autosufficiente, ma anche per colui che si trova ad entrare in contatto con il SSN per un bisogno di salute non ancora classificato e che non presenta caratteristiche di urgenza. Anche il coinvolgimento degli specialisti nel contesto dell'Assistenza Primaria risulta importante in termini di garanzia della continuità tra il livello primario e secondario dell'assistenza. Gli stessi possono inoltre consentire la crescita clinico professionale dei diversi operatori attraverso la formazione ed il radicamento nell'integrazione multidisciplinare e multi-professionale di protocolli clinico assistenziali aggiornabili.

Volendo fornire risposte adeguate al paziente che necessita di assistenza per bisogni di salute non urgenti, è importante sviluppare delle proposte organizzative e professionali che siano parte di una visione sistemica. Infatti, la gestione del primo contatto di questa tipologia di assistiti con il SSN è da affrontare non attraverso risposte meramente prestazionali, ma inserendo questi momenti di incontro all'interno di una logica di processo in grado di filtrare le richieste del paziente fornendo risposte adeguate con tempi di attesa proporzionali alle necessità socio-sanitarie. Inoltre, è necessario prendere in considerazione non solo il bisogno contingente ma anche prevedere e attivare eventuali collegamenti per rispondere a bisogni assistenziali coesistenti, specifici in relazione alla tipologia di assistito.

Pertanto in un'ottica di programmazione la funzione distrettuale, la Medicina Generale, la rete di Emergenza Urgenza, le altre reti afferenti al sistema di Assistenza Primaria e le reti ospedaliere non possono essere considerate in maniera disgiunta. Inoltre, è necessario definire i nodi essenziali e i percorsi per gli assistiti che si rivolgono al SSN con bisogni di salute che non presentano caratteristiche di urgenza, sia da un punto di vista organizzativo che per quanto riguarda le figure professionali coinvolte, all'interno di una rete assistenziale in grado di integrare i medici del territorio, gli specialisti e le professioni sanitarie e che preveda il coinvolgimento della funzione distrettuale.

Tale rete deve garantire collegamenti organizzativi attraverso meccanismi operativi ben definiti, in grado di fornire un coordinamento dell'offerta proporzionato al bisogno. In ingresso, collegandosi con la rete di Emergenza-Urgenza, al fine di concordare meccanismi di filtro unitari. In uscita, con le reti ospedaliere e con le altre reti (es. rete per la gestione della non autosufficienza, assistenza palliativa etc.), al fine di indirizzare coerentemente il paziente in funzione della presenza di eventuali specifici e coesistenti bisogni di salute.

Attraverso l'implementazione di tali collegamenti organizzativi, dalla letteratura emerge che se il paziente percepisce che i medici del territorio hanno la possibilità di garantirgli rapido accesso ai servizi assistenziali di cui potrà aver bisogno, vi ricorrerà più facilmente e la sua fiducia verso gli stessi tenderà ad aumentare.

Al fine di raggiungere questi obiettivi è necessaria una chiara e sistemica strategia organizzativa di tipo regionale che, nel rispetto dei principi di un sistema uni-

versalista pubblico, riesca a definire in maniera sostenibile priorità di intervento su bisogni di salute adeguatamente misurati, presentare un offerta di servizi non frammentata e in una logica prestazionale, ed in grado di monitorare e guidare i processi di assistenza con tempi e strumenti adeguati.

## Casi Studio

L'Agenas, nel periodo di riferimento della presente relazione, ha attivato un'apposita convenzione con la Scuola Superiore di Politiche per la Salute dell'Università di Bologna, la quale si è proposta di analizzare l'impatto di alcuni Casi Studio risultanti dall'attuazione di 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 sul ricorso a questa forma di risposta assistenziale. A questo proposito, sono stati selezionati i Casi Studio riferiti alle sperimentazioni in corso nelle Regioni Emilia-Romagna, Veneto, Toscana e Calabria, al fine di valutare l'impatto prodotto da queste esperienze sugli accessi in Pronto Soccorso non seguiti da ricovero. A tale scopo, le Regioni hanno messo a disposizione informazioni tratte dalle proprie banche dati amministrative e, ove possibile, anche gli eventuali sistemi di rilevazione previsti in modo specifico nell'ambito di questi progetti. Per ogni caso studio i flussi informativi sono riferiti alla sperimentazione in corso e all'eventuale gruppo di controllo individuato in ciascun contesto territoriale.

Lo studio di tali esperienze regionali si è proposto di analizzare l'impatto prodotto dagli specifici modelli organizzativi adottati per l'Assistenza Primaria sulle strutture di Pronto Soccorso. L'analisi si è concentrata su pazienti che sono stati classificati come codici bianchi in uscita dal sistema di triage in vigore negli ospedali. Si tratta di accessi di pazienti che sono stati riconosciuti come inappropriati sulla base della valutazione clinica condotta dal medico e che, sulla base dei meccanismi di compartecipazione previsti nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per gli accessi in Pronto Soccorso, sono soggetti a ticket, proprio perché riferiti a prestazioni differibili, che potevano essere efficientemente eseguite in un contesto non di emergenza. Nell'ottica di studiare il legame ed eventuali relazioni causali tra l'utilizzo appropriato/inappropriato del Pronto Soccorso e le caratteristiche organizzative dell'Assistenza Primaria, con un particolare focus sulle forme di medici-

na di gruppo e sull'assistenza H24 della Medicina del territorio, il livello di aggregazione scelto per tutte le analisi empiriche condotte è quello riferito al singolo medico.

L'analisi dei Casi Studio, svolta nel secondo semestre 2012, ha permesso di definire un approccio comune per la valutazione della relazione tra caratteristiche della Medicina Generale e inappropriatezza degli accessi al Pronto Soccorso applicabile in realtà anche molto diverse tra loro. Tale approccio risulta applicabile non soltanto in studi ad hoc, ma anche per il follow up dei progetti nel tempo, considerando come necessario per la valutazione dell'efficacia di un nuovo modello organizzativo almeno un periodo di due (preferibilmente cinque) anni in condizioni di stabilità di contesto e di policy.

Gli indicatori identificati e le indicazioni per la scelta della variabile dipendente risultano, infatti, utili per il monitoraggio nel tempo dei fenomeni a livello aziendale, e per la condivisione dell'andamento nel tempo dei progetti con tutti i soggetti coinvolti.

Oltre ad una generale riflessione sulle metodologie statistiche più adatte a valutare l'inappropriatezza degli accessi in Pronto Soccorso, il Progetto ha stimolato la riflessione su come le informazioni necessarie alla realizzazione dell'analisi statistica possano essere raccolte in modo routinario e quindi disponibili per un periodico monitoraggio delle esperienze in corso.

A questo scopo è stata studiata la realizzazione di un cruscotto per il monitoraggio di questi indicatori che utilizza la piattaforma QlikView (versione 11.0), una consolle per la Business Intelligence in grado di combinare rapidamente dati provenienti da diverse origini. Tale sistema è stato implementato nell'azienda ULSS 16 di Padova (Regione Veneto) per ottenere un sistema di rilevazione in grado di offrire la massima fruibilità possibile degli indicatori all'utenza e la possibilità di creare report altamente personalizzati.

## **Normativa Nazionale e Regionale**

Nell'ambito delle attività del progetto, la Sezione OSS ha completato 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 Organizzazione dei Servizi Sanitari dalle Regioni, accompagnata con una scheda riepilogativa dei provvedimenti normativi in ordine cronologico consultabile nelle pagine web del sito Agenas dedicate al Monitoraggio al link: [http://www.agenas.it/psn\\_op/normativareg.aspx](http://www.agenas.it/psn_op/normativareg.aspx)

### **Attività di Comunicazione**

L'Agenas attraverso la sezione OSS, nel periodo di riferimento della presente relazione, ha promosso la pubblicazione nell'ambito del sito istituzionale dell'Agenas di pagine dedicate al Monitoraggio dei progetti regionali sugli obiettivi prioritari di PSN, con individuazione di un apposito logo e attivazione dell'indirizzo web: [http://www.agenas.it/psn\\_op/](http://www.agenas.it/psn_op/).

Per la costruzione di tali pagine, rilevante è stata la partecipazione di tutti i componenti il gruppo di lavoro.

Oltre ad una presentazione del progetto, all'indicazione dei partecipanti ai lavori, alle schede di sintesi dei progetti regionali e alle indicazioni normative nazionali e regionali sul tema, è stata predisposta anche un'apposita area riservata per la condivisione di documenti, con accesso tramite password. È stato, inoltre, pubblicato un foglio notizie, denominato "Zoom", che si è posto l'obiettivo di promuovere e sviluppare il confronto sulle conoscenze acquisite, sulle sperimentazioni attivate a livello aziendale e regionale, sulle modalità organizzative innovative finalizzate a garantire la continuità assistenziale H24 e ridurre gli accessi impropri nelle strutture di emergenza, nonché di ospitare contributi di ricerca, la descrizione di esperienze rilevanti sull'Assistenza Primaria o sui modelli innovativi per garantire l'assistenza H24, oltre a notizie di eventi (convegni, aggiornamenti normativi) su queste tematiche.

È attualmente in corso di pubblicazione un Supplemento al numero monografico della Rivista Monitor dell'Agenas interamente dedicato al tema oggetto del Monitoraggio.

## Ricerche Europee sull'attività di Day Surgery

### Day Surgery Data Project - Dsdp

Nel semestre di riferimento l'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 report finale del progetto conclusosi lo scorso 31 agosto 2012. 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. I risultati sono stati presentati ai responsabili della ricerca europea in un convegno internazionale finale tenutosi a Padova lo scorso 30 agosto 2012 e il set di indicatori sarà discusso con alcuni responsabili dell'OCSE per la diffusione e l'implementazione degli stessi in tutti i paesi dell'organizzazione.

92



### 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 all'indagine di rilevazione delle strutture ed attività di Day Surgery svolte nelle unità di ricerca partecipanti a seguito della quale sono stati prodotti i Deliverable n° 2: "Clinical Best Practices", Deliverable n° 3: "Patient Management Best Practices", Deliverable n° 4: "Standards for key inputs" and its Appendix "Answers to the questionnaire" e procede nell'attività di coordinamento del progetto e di diffusione dei risultati (cfr [www.daysafe.eu](http://www.daysafe.eu)).

### Comunicazione Istituzionale

Nel secondo semestre 2012, Agenas, per quanto attiene alla specifica attività della Sezione OSS ed in linea con quanto programmato analogamente per le altre sezioni operative, ha rivisto, nel sito istituzionale [agenas.com](http://agenas.com) con il supporto dell'Area Documentazione, informazione e comunicazione, i contenuti dell'attività svolta.

Facendo riferimento ai compiti attribuiti all'Agenas dalla Conferenza Unificata nella seduta del 20 settembre 2007, è stata predisposta una pagina di presentazione che esplicita gli ambiti di impegno della Sezione OSS, in maniera sintetica e per gli aspetti di propria competenza:.

Per favorire l'accesso dell'utenza, gli ambiti di impegno sono stati ricondotti a tre macrotemi:

- Programmazione Sanitaria, con schemi di sintesi e letture ragionate della programmazione nazionale e regionale sui principali temi oggetto di studio;
- Assistenza Primaria e Fragilità, con i seguenti ambiti di approfondimento:
  - Distretti e assistenza territoriale
  - Assistenza primaria, assistenza H24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso
  - Assistenza domiciliare e cure palliative
  - Integrazione sociosanitaria
  - Fondi e politiche per la non autosufficienza
  - Disturbi dello spettro autistico
  - Residenzialità psichiatrica
- Attività di Ricerca

Tali pagine web sono oggetto di costante aggiornamento.

Per quanto riguarda il tema: "Assistenza primaria, assistenza H24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso", Agenas, tramite della Sezione OSS, nel periodo di riferimento della presente relazione, ha inoltre promosso la pubblicazione nell'ambito del sito istituzionale dell'Agenas di pagine dedicate al Monitoraggio dei progetti regionali sugli obiettivi prioritari di PSN, con individuazione di un apposito logo e attivazione dell'indirizzo web: [http://www.agenas.it/psn\\_op/](http://www.agenas.it/psn_op/).



## Gli interventi volti allo sviluppo dell'empowerment nelle amministrazioni locali e nelle comunità<sup>7</sup>

# 4

L'Agenas, da tempo, ha promosso l'aggiornamento del database delle buone pratiche sull'empowerment, raccogliendo 71 iniziative di **empowerment individuale**, organizzativo e di comunità segnalate dalle Regioni e Province Autonome. Oltre alla diffusione delle conoscenze, l'Agenas ha proseguito quindi il proprio impegno nella promozione di azioni volte a favorire processi di empowerment individuale, nell'ambito della campagna informativa sul corretto utilizzo dei servizi di emergenza urgenza e di processi di empowerment organizzativo e di comunità attraverso Ricerche Correnti e Autofinanziate.

Rispetto alla Campagna informativa nazionale, il secondo semestre 2012 è stato dedicato a sviluppare ulteriormente i canali comunicativi individuati nel piano di diffusione nazionale (sito istituzionale e social media), a monitorare e mettere in rete le azioni di diffusione realizzate dalle Regioni/PA e a sviluppare le Linee Guida per l'implementazione e la valutazione della Campagna informativa.

Nell'ambito delle attività volte alla promozione dell'**empowerment organizzativo**, sono stati ulteriormente affinati i risultati ottenuti dal progetto di Ricerca Corrente 2010 "Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari", realizzando con metodo "partecipato" la pesatura

---

<sup>7</sup> a cura della *sezione Qualità e Accreditamento*

degli indicatori di umanizzazione delle strutture ospedaliere. Sono stati infine presentati al Ministero della Salute i risultati del progetto e discussi i possibili sviluppi futuri con le Regioni/PA.

È stata avviata la Ricerca Corrente 2011 “Definizione di modelli e strumenti per la valutazione delle attività e delle decisioni nei sistemi sanitari”, per la quale è stata realizzata una sintesi degli elementi emersi dall’analisi della letteratura ritenuti più rilevanti, ai fini della costruzione di uno specifico modello di valutazione dell’empowerment organizzativo in sanità. Nell’ambito del progetto di Ricerca Autofinanziata “una Community per le Malattie Rare”, che mira a creare un modello di valutazione della qualità sui centri di competenza per le malattie rare, è stato attivato il gruppo tecnico che ha lavorato sulla definizione dei criteri di valutazione suddivisi in fattori di input, processo e risultati.

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: l’analisi dei sistemi sanitari regionali, l’analisi dei processi di cambiamento e delle innovazioni in cinque realtà regionali (secondo la metodologia del case study), al fine di comparare sistemi di welfare e sistemi sanitari. È stato realizzato un primo evento di diffusione e discussione dei risultati, con la partecipazione di esperti e stakeholder; ed è stato programmato un secondo evento di diffusione nazionale, che prevede il coinvolgimento di stakeholder e interlocutori nazionali e regionali. Sono in programma due pubblicazioni in lingua italiana (sulla Rivista Monitor e sulla digital press dell’Università Ca’ Foscari di Venezia) ed una pubblicazione in lingua inglese.

Nell’ambito del progetto di Ricerca Autofinanziata “Laboratorio per le reti” sono stati individuati, validati ed implementati strumenti per la valutazione dei percorsi di cura dal punto di vista dei pazienti (sul tema dell’oncologia) e materiali per il supporto e la formazione di informal caregiver (sul tema della cura e assistenza del paziente con diagnosi di demenza e/o Alzheimer). Per quanto riguarda le attività condotte nell’ambito dei percorsi oncologici, sono state realizzate pubblicazioni nazionali ed internazionali e si è costituito un gruppo di lavoro che ha promosso la realizzazione di nuovi approfondimen-

ti (i e , progetti di Ricerca Autofinanziata), in ordine al tema dell'Empowerment dei pazienti nei percorsi di cura oncologica e del coinvolgimento dei pazienti nelle scelte terapeutiche Per quanto riguarda le attività condotte nell'ambito della gestione del paziente fragile, è stato realizzato un portale di riferimento per l'informazione e la formazione degli informal caregiver ([www.sosdemenza.it](http://www.sosdemenza.it)).

Nell'ambito delle attività finalizzate alla promozione dell'empowerment di comunità è stata avviata la Ricerca Autofinanziata "Democrazia deliberativa e giurie dei cittadini", che mira a sperimentare e diffondere il metodo "Giurie dei cittadini", quale esempio di metodo decisionale per il coinvolgimento dei cittadini in sanità È stata attivata la struttura operativa, è stato condiviso il protocollo del progetto e si è lavorato alla definizione del comitato tecnico-scientifico con il quale verrà formulata la domanda da sottoporre alla giuria dei cittadini.

## **Aggiornamento del database delle buone pratiche per l'empowerment**

A distanza di tre anni dalla pubblicazione del database delle buone pratiche per l'empowerment ([http://www.agenas.it/database\\_empowerment.htm](http://www.agenas.it/database_empowerment.htm)), l'Agenas ne ha promosso l'aggiornamento invitando tutti i referenti del gruppo interregionale sull'empowerment a segnalare nuove iniziative realizzate nel proprio contesto regionale e ritenute particolarmente significative Il database contiene le iniziative attuate nelle Regioni e Province Autonome, relative alla partecipazione e al coinvolgimento dei cittadini, in forma individuale, organizzativa e di comunità alla pianificazione, gestione e valutazione dei servizi sanitari ed è finalizzato alla valorizzazione delle esperienze e alla diffusione delle conoscenze.

Nel mese di dicembre 2012, si è conclusa la raccolta delle iniziative inviate dalle Regioni/PA che sono state classificate - secondo il modello di analisi condiviso del gruppo interregionale sull'empowerment - in iniziative volte alla promozione dell'empowerment individuale, organizzativo e di comunità.

Sono state complessivamente inviate 72 esperienze di cui una rappresenta l'aggiornamento di una iniziativa già presente nel database pubblicato nel 2009. Delle restanti 71 buone pratiche, 36 iniziative riguardano processi di empowerment individuale, 31 iniziative attengono a processi di empowerment organizzativo e 4 iniziative promuovono processi di empowerment di comunità.

Tenendo, quindi, in considerazione le buone pratiche segnalate nel 2009 e nel 2012, il data base attualmente raccoglie 142 iniziative esemplari suddivise in:

- 76 iniziative di empowerment individuale
- 52 iniziative di empowerment organizzativo
- 14 iniziative di empowerment di comunità.

### **Campagna informativa “Il corretto uso del numero telefonico 118 e dei servizi di emergenza-urgenza”<sup>8</sup>**

Il Ministero della Salute e l'Agenas, sulla base di uno specifico Accordo di collaborazione avviato nel 2010, sono impegnati a promuovere l'appropriato utilizzo dei servizi da parte dei cittadini competenti attraverso la realizzazione di una campagna informativa sulle modalità di accesso ai servizi di emergenza-urgenza. La campagna informativa è stata sviluppata attraverso il coinvolgimento più ampio possibile di tutti i possibili portatori di interesse (Regioni/PA, professionisti dell'emergenza-urgenza, della medicina generale, cittadini, istituzioni scolastiche), con i quali sono stati definiti i messaggi della campagna, le modalità di diffusione e attuate le azioni comunicative.

Il secondo semestre 2012 è stato dedicato a sviluppare ulteriormente i canali comunicativi individuati nel piano di diffusione nazionale (sito istituzionale e social media), a monitorare e mettere in rete le azioni di diffusione realizzate dalle Regioni/PA e a sviluppare le Linee Guida per l'implementazione e la valutazione di una Campagna informativa sul corretto uso dei servizi di Emergenza-Urgenza (LLGG).

Come previsto dal piano di diffusione nazionale, nel mese di ottobre 2012, è stata pubblicata la pagina “Facebook” dedicata alla campagna, di cui è stata data notizia ai componenti delle reti formatesi per la realizzazione del progetto. In tale occasione, i referenti regionali sono stati invitati a segnalare e a inviare i materia-

---

<sup>8</sup> L'attività è svolta in collaborazione dalle sezioni *Qualità e Accreditamento e Affari Generali e Personale*

li prodotti nell'ambito delle azioni divulgative pianificate a livello locale, al fine di aggiornare il sito web dedicato all'appropriato utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza (<http://emergenzaurgenza.agenas.it/>).

In un'ottica di condivisione, di scambio e di consolidamento della rete che si è venuta a creare, la nuova versione del sito ha, infatti, previsto la costruzione di pagine dedicate ad ogni singola Regione/PA, all'interno delle quali è stato pubblicato e reso scaricabile il materiale prodotto nell'ambito delle attività di diffusione. Il sito è stato rimodernato dando, inoltre, maggiore visibilità alle schede dei contenuti informativi, che sono presenti e scaricabili da ogni pagina. Al fine di aumentare le possibilità di raggiungere uno dei target specifici della campagna - ovvero gli stranieri - nel periodo di riferimento della presente relazione, le schede dei contenuti informativi sono state tradotte e diffuse anche in lingua araba ([Allegato 14](#)).

La nuova versione del sito è stata, quindi, pubblicata on-line il 19 dicembre 2012 e si articola come segue

- Home page: pagina iniziale in cui viene presentata sinteticamente la campagna informativa. Nella nuova versione del sito si è ritenuto utile pubblicare l'homepage anche in lingua inglese.
- I concorsi delle idee: sezione in cui sono riportati i prodotti presentati e vincitori dei concorsi delle idee.
- Lo Spot: pagina dedicata alle versioni multilingua dello spot (italiano, francese e tedesco).
- 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.
- 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, in francese e in tedesco).
- Le Regioni: sezione multipla, divisa in due pagine: "La Campagna" e "I materiali". Nella prima pagina i referenti delle Regioni /P A hanno dato la disponibilità a pubblicare il collegamento alle pagine dei loro portali istituzionali dedicate alla Campagna informativa e il contatto e-

mail al quale l'utente (cittadino o professionista) può scrivere per eventuali necessità di approfondimento

- La nuova pagina "I Materiali" ospita gli stemmi di tutte le Regioni/PA, cliccando sui quali si accede alla pagina web dove si possono trovare i materiali prodotti dalla singola Regione e Provincia Autonoma per informare i propri cittadini sul 118, sul pronto soccorso e sul servizio di continuità assistenziale (ex Guardia medica)
- Si tratta di opuscoli e poster distribuiti presso scuole, URP, farmacie, ambulatori dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta; manifesti per campagne-stampa sui quotidiani locali; pannelli per campagne-affissioni nei Pronto Soccorso; album pre-fumettati per concorsi di idee nelle scuole elementari, spot radiofonici per le trasmissioni locali; video-spot proiettati nelle stazioni ferroviarie e nelle sale di attesa degli ospedali; articoli pubblicati sui "giornalini di quartiere" e giochi interattivi su "Facebook"
- Saperne di più: La sezione si compone delle tre pagine, "Il Progetto", "Le Reti" e "Bibliografia", dedicate ai professionisti della sanità eventualmente interessati ad approfondire, rispettivamente, gli obiettivi, i metodi e le azioni realizzate per il progetto; le reti di stakeholders attivate per la realizzazione della campagna informativa (Ordini Professionali, Società Scientifiche e Associazioni Professionali di settore); i riferimenti bibliografici essenziali e le risorse disponibili sul web

Come anticipato in premessa, nel secondo semestre 2012 è proseguito il lavoro sulle Linee-Guida per l'implementazione e la valutazione di una Campagna informativa sul corretto uso dei servizi di Emergenza-Urgenza. Una prima versione delle LLGG - elaborata dal gruppo di lavoro ristretto a cui partecipa il Ministero della Salute, l'Agenas e otto Regioni/PA - è stata inviata nel mese di luglio al Gruppo di Pilotaggio della Campagna (tutte le Regioni/PA). Il documento, considerato in progress, è stato messo a disposizione di tutti affinché potesse fornire utili spunti per la realizzazione e valutazione delle attività ancora in corso o in programmazione nelle diverse Regioni.

Le LLGG forniscono raccomandazioni e indicazioni raggruppate secondo i tre principali step per l'attuazione di una campagna informativa: analisi dello status

quo a livello regionale, implementazione e valutazione della campagna. Al Gruppo di Pilotaggio è stato fornito unitamente alle LLGG un questionario di valutazione rivolto alla popolazione generale, costruito ad hoc dai colleghi dell'Emilia-Romagna sulla base della metodologia KAP e oggetto di uno studio pilota nella realtà della città di Imola.

Nei mesi successivi, si è concluso lo studio pilota e i colleghi della Regione Emilia-Romagna hanno prodotto un rapporto in cui vengono presentati i dati relativi all'indagine campionaria, in cui è stato utilizzato il questionario, realizzato per valutare l'esito della campagna informativa ministeriale, la conoscenza, gli atteggiamenti e l'uso dei servizi di emergenza-urgenza tra i cittadini di Imola.

Nell'ultimo mese del 2012, infine, l'Agenas ha ricevuto da parte di alcune Regioni la richiesta di supportare l'ulteriore diffusione della campagna informativa presso alcune AA SS LL individuate come contesti particolarmente adatti ad una diffusione mirata alle popolazioni migranti e ai giovani, dei contenuti informativi per l'appropriato utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza. Tenendo conto, inoltre, della metodologia con cui è stata attuata la Campagna informativa, dell'adesione alla Campagna di tutte le Regioni e Province Autonome - che hanno realizzato nei mesi numerose attività informative in collaborazione con le Istituzioni scolastiche, i professionisti della sanità, i cittadini, le comunità straniere, le organizzazioni di volontariato - si è ritenuto utile proporre al Ministero della Salute l'organizzazione di seminari di diffusione regionale propedeutici all'organizzazione del convegno finale di presentazione dei risultati. A tal fine, con Nota prot. 13937 del 21 dicembre 2012, l'Agenas ha richiesto al Ministero della Salute la possibilità di utilizzare le risorse economiche residue, sia per supportare le attività di diffusione mirata presso le AA SS LL indicate dalle Regioni/Pa, sia per l'organizzazione di seminari regionali di diffusione e del convegno nazionale finale da realizzarsi entro il 2013.

### **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”, si è formalmente concluso nel mese di giugno 2012 con il raggiungimento degli obiettivi previsti ed elencati di seguito:

- a) 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;
- b) 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.

Nel mese di luglio 2012 è stato preparato, per l’invio al Ministero della Salute finanziatore, il report finale sulle attività in cui si descrive l’articolazione del progetto 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. Nel report, per ciascuna delle linee di lavoro si illustrano le attività e gli output realizzati in ottemperanza agli obiettivi previsti.

Rispetto alla linea di lavoro A, nello stesso periodo il Gruppo di coordinamento nazionale (Agenas ed esperti dell’Agenzia di valutazione civica di Cittadinanzattiva) ha lavorato alla definizione del processo e degli strumenti per procedere all’attribuzione dei pesi ai fattori e agli elementi contenuti nella checklist per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero, sperimentata nel corso della ricerca. Sono stati messi a punto un file di Excel contenente gli schemi da compilare per la pesatura e un file di Word con le istruzioni. Tali materiali sono stati inviati a tutti i referenti regionali che avevano preso parte alla ricerca, con l’invito a compilare loro stessi gli schemi e a sottoporli anche ai referenti aziendali e ai componenti delle èquipe locali che avevano partecipato al lavoro sul campo. Sono state raccolte 126 schede, successivamente elaborate per ricavare una prima ipotesi di pesatura da rivedere e raffinare in collaborazione con gli esperti nazionali e regionali.

L’Agenas, rispondendo alla richiesta pervenuta dai referenti regionali, ha organizzato in data 26 settembre, una riunione plenaria con le Regioni/PA partecipanti per restituire e condividere quanto realizzato nell’intero percorso di ricerca. L’incontro è stato finalizzato, inoltre, a progettare con tutti i partecipanti l’evento di diffusione finale dei risultati e a raccogliere le opinioni e le riflessioni di ciascuno rispetto

all'utilità/fattibilità di un eventuale monitoraggio periodico del grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere, da sviluppare nell'ambito del Sistema di Monitoraggio della Qualità (SMQ) del SSN.

Il 7 novembre 2012, infine, sono stati presentati i risultati del progetto alla Direzione generale della ricerca sanitaria e biomedica e della vigilanza sugli enti del Ministero della Salute, in occasione dell'evento di diffusione nazionale a cui hanno partecipato gli esperti del Gruppo di lavoro interregionale sull'empowerment, i professionisti ed i cittadini che avevano contribuito alle attività di sperimentazione ([Allegato 15](#)) Dopo le relazioni della mattinata dedicate agli obiettivi, metodi e risultati del progetto, la sessione pomeridiana si è articolata in due tavole rotonde alle quali sono stati invitati ad intervenire professionisti e cittadini riportando le esperienze realizzate nelle proprie Regioni e Province Autonome e discutendo i possibili scenari per un sistema di monitoraggio periodico del grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere.

Gli obiettivi, il metodo e le prime risultanze della ricerca sono stati inoltre presentati nella sessione Poster Display della 29° Conferenza internazionale dell'ISQua, tenutasi a Ginevra nel mese di ottobre 2012 ([Allegato 16](#)).

Nel mese di dicembre 2012, infine, l'Agenas con i referenti del gruppo di coordinamento nazionale della linea di lavoro A e il referente dell'Unità di Ricerca UO 2 Psichiatria di Trento per la linea di lavoro B, si sono impegnati nella preparazione del Focus-on sui risultati del progetto di Ricerca Corrente 2010, che sarà pubblicato nel prossimo numero in uscita di Monitor.

### **Ricerca Corrente 2011 “Definizione di modelli e strumenti per la valutazione delle attività e delle decisioni nei sistemi sanitari”**

L'Agenas ha promosso e avviato, nei primi sei mesi del 2012, il Progetto di ricerca corrente 2011 “Definizione di modelli e strumenti per la valutazione delle attività e delle decisioni nei sistemi sanitari”, finalizzato ad individuare, sperimentare e validare un modello di valutazione dell'empowerment nelle organizzazioni sanitarie che permetta di identificare, diffondere e promuovere il trasferimento delle buone pratiche organizzative Nel secondo semestre 2012, è stata perfezionata la

convenzione tra l'Agenzia e la Fondazione Censis con la quale è stato costituito il gruppo di coordinamento del progetto. Il gruppo ha quindi concordato gli obiettivi specifici da raggiungere, che vengono riportati di seguito:

- individuare/adattare modelli per la valutazione dell'empowerment nelle organizzazioni sanitarie;
- sperimentare e validare uno tra i metodi e strumenti di valutazione individuati, su alcune realtà aziendali del territorio nazionale;
- promuovere la conoscenza e il trasferimento del modello di valutazione validato.

È stato quindi definito e condiviso un piano operativo per il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra, basato sulle cinque seguenti azioni:

- analisi della letteratura sul tema dell'empowerment organizzativo in sanità, con particolare riguardo al tema della valutazione;
- individuazione di pratiche e modelli di eccellenza in Italia;
- messa a punto, sulla base della letteratura e delle esperienze nazionali ed internazionali, di un modello di valutazione dell'empowerment organizzativo in sanità ad hoc;
- sperimentazione del modello costruito in due realtà italiane;
- formulazione di un documento di indirizzo sul modello per la valutazione dell'empowerment nelle organizzazioni sanitarie, elaborato sulla base di una specifica sperimentazione sul campo.

Nel periodo di riferimento della presente relazione, è stata realizzata una specifica disamina della letteratura sul tema dell'empowerment organizzativo in sanità, analizzando le pratiche e i modelli di eccellenza in ambito nazionale ed internazionale, utili a mettere a punto uno specifico modello di valutazione dell'empowerment organizzativo in sanità. Dall'analisi della letteratura, che ha tenuto in particolare considerazione i risultati di ricerche sullo sviluppo organizzativo realizzate in ambito italiano, è stata tratta una sintesi degli elementi ritenuti più rilevanti ai fini della costruzione del modello di valutazione, che verrà sviluppato nei prossimi mesi.

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

Nel secondo semestre del 2012, si sono concluse le attività di pertinenza del Progetto di Ricerca Corrente 2010 dal titolo “I processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle regioni italiane”, che l’Agenas ha condotto in collaborazione con l’Università Ca’ Foscari di Venezia.

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.

La ricerca si è collocata all’interno di un filone di analisi comparativa; e ha approfondito le caratteristiche delle specificità territoriali del servizio sanitario nazionale. Studiare il servizio sanitario nazionale oggi significa analizzare le omogeneità e anche mettere a fuoco le trasformazioni in atto e la capacità dei sistemi di evolvere in relazione ai cambiamenti epidemiologici, sociali ed economici .

La ricerca ha perseguito i seguenti obiettivi conoscitivi:

- analizzare i sistemi sanitari delle singole regioni per verificare se: i) i cambiamenti in atto consentono di utilizzare la categoria di sistema sanitario, così come definita dalla letteratura internazionale; ii) sussistono elementi di forte disomogeneità tali da far ritenere utile parlare, come per i sistemi di welfare in generale, di sistemi sanitari regionali; iii) esistono dei modelli latenti che consentono di costruire una cluster delle regioni; iv) i sistemi sanitari regionali sono coerenti con quelli di welfare;
- analizzare i processi di cambiamento e le innovazioni presenti in alcune regioni italiane che si collocano all’interno dei sistemi regionali di welfare relativamente più consolidati.

La peculiarità di questi obiettivi informativi ha portato il gruppo di ricerca a seguire una metodologia di tipo misto, che ha integrato tecniche di ricerca di tipo quantitativo con altre di tipo qualitativo.

Il percorso complessivo di ricerca si è sviluppato lungo le seguenti fasi:

### **obiettivo 1**

- analisi della letteratura internazionale relativa al dibattito sulla classificazione dei sistemi sanitari e sui processi di innovazione territoriale dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- analisi delle fonti informative utili per individuare indicatori di classificazione dei sistemi sanitari;
- raccolta delle informazioni e loro elaborazione descrittiva e di classificazione multivariata delle realtà regionali;
- costruzione del report di ricerca relativo ai sistemi regionali .

106

### **obiettivo 2**

- analisi della letteratura e delle ricerca sui servizi sanitari territoriali e le innovazioni in corso;
- costruzione del disegno di ricerca e di una traccia di analisi per la costruzione di monografie regionali (su 5 regioni: Emilia Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana, Veneto);
- ricostruzione e analisi documentale del quadro normativo e di indirizzo delle singoli regioni;
- costruzione delle tracce di intervista e del piano di intervista (individuale e di gruppo) per gli attori regionali e locali;
- analisi dei dati qualitativi e costruzione delle singole monografie regionali e stesura del primo report di ricerca;
- analisi comparativa delle realtà regionali e stesura del secondo report di ricerca;
- individuazione degli elementi d'innovazione e della domanda di formazione che si accompagna allo sviluppo dell'innovazione (anche con un panel di esperti).

Le attività realizzate nell'ambito del progetto hanno permesso di individuare alcuni elementi significativi:

- le omogeneità nei sistemi sanitari regionali sono maggiori di quanto non sia rilevabile con riferimento ai sistemi di welfare delle stesse

regioni, pur tuttavia si evidenziano differenze significative, la variabilità maggiore è relativa alle attività territoriali (esclusa la diffusione dei medici di base);

- si stanno differenziando i tipi di SSR e la tendenza va verso sistemi misti (pubblico-privato con quote di privato differenziate, sia sul fronte delle forme di finanziamento, sia su quello della erogazione dei servizi);
- sistemi di welfare e sistemi sanitari non sono fra loro omogenei e il grado di differenziazione interna (pubblico-privato) non sembra associata con le forme dei sistemi di governance;
- l'innovazione territoriale rende poco comparabile le strutture (le forme organizzative assunte), che hanno caratteristiche e sono chiamate in modo diverso nelle regioni. Senza una forte azione di confronto e omogeneizzazione, lo sviluppo delle attività territoriali finirà per aumentare le differenze;
- l'innovazione territoriale si sta confrontando con alcuni problemi organizzativi di tipo strutturale (la centralità del sistema informativo come base dei processi di coordinamento, la divisione del lavoro fra le professioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro di cura, ecc.) e di tipo culturale (i linguaggi, la condivisione delle informazioni, la legittimazione reciproca delle professioni, la valutazione, ecc...);
- il processo di distrettualizzazione evidenzia modelli e pratiche differenziati;
- l'integrazione delle politiche sanitarie con le altre politiche territoriali è una preoccupazione diffusa nelle regioni, e ha seguito percorsi realizzativi diversi. L'analisi delle esperienze evidenzia la presenza di problemi relativi agli assetti istituzionali, ai processi di governo, all'infrastrutturazione informativa.

I numerosi elementi di riflessione emersi hanno indotto il gruppo di ricerca a prevedere la diffusione dei risultati in un contesto rivolto agli addetti ai lavori, che consentisse un reale confronto con gli stakeholder della ricerca.

Per questa ragione, nello scorso dicembre 2012, Agenas e l'Università Ca' Foscari

hanno realizzato una Giornata Nazionale di presentazione e discussione dei risultati (cfr [Allegati 17, 18, 19](#)) All'incontro hanno partecipato referenti regionali, esperti e stakeholder che si sono confrontati al fine di una possibile individuazione dei fattori d'innovazione più interessanti e sui quali fondare la più ampia diffusione degli stessi .

In sintonia con gli impegni e le esigenze che riguardano la diffusione dei risultati della ricerca, l'Università Ca' Foscari di Venezia ha proposto l'organizzazione e realizzazione di un convegno nazionale, che si terrà a Venezia il prossimo giugno 2013 Inoltre, Agenas e l'Università Ca' Foscari sono concordi sulla necessità di realizzare almeno due pubblicazioni (sia a livello nazionale, che internazionale), al fine di promuovere il confronto e l'approfondimento dei temi emersi nell'ambito del progetto .

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

Il Progetto di Ricerca Autofinanziata 8/A Revisione e sviluppo organizzativo delle strutture ospedaliere, con particolare riferimento alle reti cliniche – Laboratorio per le reti ospedaliere, si è concluso lo scorso giugno 2012 In autunno, dunque, Agenas ha dato avvio alle attività di diffusione nazionale dei risultati.

La finalità generale del progetto è stata quella di avviare la realizzazione di un laboratorio sulle reti cliniche, che crei le condizioni per sperimentare e auspicabilmente validare un modello interregionale di monitoraggio sui cambiamenti dei modelli organizzativi in atto nelle Regioni italiane e nelle Province Autonome.

Gli obiettivi generali della ricerca sono stati definiti in termini di:

- monitoraggio della qualità di reti cliniche e 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.

Attraverso le attività previste dal progetto di ricerca è stato possibile approfondire ulteriormente la riflessione sull' empowerment delle organizzazioni e rispondere anche alle sollecitazioni giunte da parte della Conferenza Unificata del 20 settem-

bre 2007, la quale ha previsto per l'Agenzia il compito di realizzare modelli di strutturazione delle reti ospedaliere.

Le attività realizzate all'interno del Progetto di Ricerca Autofinanziata "Laboratorio per le reti" hanno permesso di raggiungere i seguenti risultati:

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

Nello specifico, le attività di diffusione dei risultati hanno riguardato la collaborazione con l'Azienda usl di Ravenna e con l'Ulss 16 di Padova .

Al fine di valorizzare le esperienze realizzate e le specificità emerse, l'Agenas ha concordato con i partner regionali l'organizzazione di eventi di presentazione delle ricerche e dei risultati da tenersi in loco .

Sono stati, dunque, organizzati due seminari:

- 1) il 27 settembre 2012 a Bologna, in collaborazione con la Direzione Generale dell'Assessorato Salute e Politiche sociali della Regione Emilia Romagna e con l'Università di Bologna, si è tenuto il seminario nazionale di presentazione di risultati delle attività realizzate dall'Ausl Ravenna (cfr [Allegato 20](#) e [Allegato 21](#));
- 2) il 5 ottobre 2012 a Padova, si è tenuto il seminario nazionale di presentazione dei risultati delle attività realizzate dalla Ulss 16 di Padova ([Allegato 22](#) e [Allegato 23](#)) Nell'ambito del seminario tenutosi a Padova, in particolare, è stato presentato il portale [www.sos-demenza.it](#), realizzato come prodotto della ricerca.

In collaborazione con l'Unità di Ricerca dell'Azienda Usl di Ravenna, nell'ambito delle attività di diffusione dei risultati e dei prodotti della ricerca, l'Agenas ha realizzato alcune pubblicazioni:

- è stata realizzata una pubblicazione in lingua inglese dal titolo “Hospital network performance: A survey of hospital stakeholders’ perspectives” (Bravi et alii, 2013), accettata da Health Policy nel dicembre 2012 e pubblicata nel febbraio 2013 ([Allegato 24](#));
- è stata realizzata una pubblicazione in lingua italiana dal titolo “Aspetti critici e di successo di un modello hub & spoke in Sanità Il punto di vista dei promotori della Rete Oncologica Area Vasta Romagna” (Bravi et alii, 2012), pubblicata sulla rivista Ricerca e Pratica nel 2012 (cfr [Allegato 25](#));
- è stata realizzata una pubblicazione in lingua italiana dal titolo “Le reti in Sanità” (Bravi et alii, 2013), pubblicata in collaborazione con Fiaso all’interno di “Il ruolo delle Aziende Sanitarie nelle reti cliniche in Italia (a cura di V F Alberti, V D Tozzi, N Pinelli, M Sartirana), pubblicato nel dicembre 2012 (cfr [Allegato 26](#)).

Agenas ha altresì avviato un confronto con alcuni interlocutori regionali (segnatamente con l’Ars Liguria), al fine di ampliare la riflessione sulle reti cliniche e ospedaliere, in particolare riguardanti i percorsi clinico-assistenziali oncologici. Nell’ambito di questo confronto, è stata realizzata una pubblicazione, dal titolo “La riflessione sulle reti in Sanità e il ruolo di Agenas”, in pubblicazione su Quaderno n. 12 (la pubblicazione è attualmente in corso di stampa; cfr [Allegato 27](#)).

Infine, anche alla luce delle sollecitazioni pervenute da parte degli interlocutori regionali e della rilevanza che il tema della definizione/progettazione dei percorsi clinico-assistenziali e della realizzazione/implementazione di reti oncologiche, Agenas ha definito un progetto di ricerca autofinanziata dal titolo “Empowerment, percorsi clinico-assistenziali e scelte diagnostiche terapeutiche in oncologia” (cfr [Allegato 28](#)). Il progetto, già approvato dal Consiglio di Amministrazione, vedrà coinvolti la Direzione Generale per la Sanità e le Politiche sociali della Regione Emilia Romagna, l’ASSR Emilia Romagna, l’Azienda usl di Ravenna, l’IRCCS Istit di Meldola, l’ARS Liguria. È in corso un confronto all’interno del gruppo di lavoro, al fine di individuare, tra le Regioni in piano di rientro con le quali Agenas ha avviato collaborazioni e per le quali fornisce supporto e tutorship in ambito programmatico ed organizzativo, gli altri interlocutori interessati ad approfondimenti e sperimentazioni nell’ambito dei percorsi oncologici.

## Ricerca Autofinanziata “Democrazia deliberativa e giurie dei cittadini”

A seguito dell’aggiudicazione definitiva della gara di evidenza pubblica - finalizzata all’affidamento del servizio di consulenza scientifica per la promozione dell’empowerment di comunità attraverso lo sviluppo e la diffusione di metodi decisionali per il coinvolgimento dei cittadini in sanità - è stato perfezionato l’accordo convenzionale tra l’Agenas e l’Istituto di Ricerche Farmacologiche “Mario Negri”. Nei primi giorni di novembre sono state dunque avviate le attività per la realizzazione del progetto che intende:

- a) individuare modelli decisionali per il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in Sanità;
- b) realizzare un progetto pilota che l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali intende attuare in una Regione per la sperimentazione e validazione di un metodo;
- c) collaborare alla diffusione del metodo presso i professionisti dei servizi sanitari regionali.

Sono stati, quindi, condivisi gli obiettivi specifici del progetto che è incentrato sulla sperimentazione del metodo “Giurie dei cittadini”, relativamente all’utilizzo del test dell’antigene prostatico specifico (PSA). I prodotti attesi al termine della ricerca possono essere elencati come segue:

- deliberazione della giuria dei cittadini sul tema in oggetto;
- dati sulla trasferibilità del metodo delle “Giurie di cittadini” da applicare in altri contesti sanitari e in altri contesti regionali;
- iniziative formative per la diffusione del metodo e dei suoi risultati;
- materiale informativo preparato e utilizzato per la deliberazione da divulgare alla popolazione.

Nell’ultimo bimestre del 2012, è stata attivata la struttura operativa per l’implementazione del progetto che prevede un Comitato Promotore (CP) -costituito da Agenas, PartecipaSalute, Istituto Mario Negri, Centro Cochrane Italiano, Agenzia editoria scientifica Zedig - e un Comitato Guida (CG) a cui partecipano rappresentanti del Sistema Nazionale Linee Guida - Istituto Superiore di Sanità, della Regione Toscana, del Laboratorio Cittadino Competente - Sistema Comunicazione e Marketing Sociale dell’ASL Modena, della Fondazione ISTUD, dell’Università Svizzera Italiana e della Regione Siciliana.

Il Comitato Promotore e il Comitato Guida hanno esaminato e condiviso, in occasione della prima riunione tenutasi presso la sede dell'Istituto Mario Negri il 4 dicembre 2012, il protocollo di ricerca e la modalità di costituzione del Comitato Tecnico Scientifico (CTS). È stata, inoltre, discussa in modo preliminare la domanda da porre alla giuria, che sarà articolata in sotto domande e condivisa con il CTS. È stato infine avviato un aggiornamento dell'analisi della letteratura di settore e il "reclutamento" dei membri del Comitato Tecnico Scientifico con i quali verrà fissato un incontro nei primi mesi del 2013.

### Ricerca Autofinanziata "Una Community per le malattie rare"

Il progetto, che rappresenta una delle linee di attività attuative degli indirizzi programmatici dell'Agenas (CDA, 10 agosto 2012), si sviluppa nell'ambito delle iniziative dell'Agenas volte a promuovere l'empowerment organizzativo. La finalità di questo progetto, della durata di diciotto mesi, è di creare e sperimentare un modello di valutazione dei centri di competenza (cfr [Allegato 29](#)) per le malattie rare, una volta validato implementabile a livello nazionale. Gli obiettivi del progetto sono i seguenti:

- definizione delle malattie rare oggetto di sperimentazione;
- declinazione dei criteri specifici del modello di valutazione sulla base delle malattie individuate come oggetto di sperimentazione e costruzione degli strumenti e degli indicatori;
- individuazione e formazione delle equipe di rilevazione;
- sperimentazione del modello di valutazione su almeno tre centri di competenza;
- analisi dei risultati della sperimentazione e diffusione dei risultati.

Nel secondo semestre 2012, è stato perfezionato l'accordo di collaborazione tra l'Agenas, responsabile del coordinamento e supporto alle attività scientifiche, e l'Unità di Progetto la Federazione Italiana Malattie Rare, Uniamo. Inoltre è stato costituito un gruppo di lavoro con diversi stakeholder (cfr [Allegato 30](#)) che si è incontrato il 12 dicembre 2012 (cfr [Allegato 31](#)), durante l'evento ha elaborato una lista di criteri relativi a fattori in input, processo, risultato (cfr [Allegato 32](#) e [Allegato 33](#)).

Nel periodo di riferimento si sono concordati i seguenti criteri attraverso i quali selezionare il gruppo di malattie rare oggetto di sperimentazione del modello (posto che il modello sarà comunque unico per tutte le diverse tipologie, si rende, infatti, comunque necessaria una riduzione delle patologie considerate per la fase di sperimentazione):

- diffusione del gruppo di patologie;
- esistenza di centri di competenza dislocati su tutto il territorio nazionale (Nord, Centro, Sud);
- presenza di associazioni dei malati di riferimento;
- gestione sia di pazienti pediatrici, che di pazienti in età adulta;
- necessità di integrazione tra Centro e territorio di riferimento del malato;
- sulla base di tali criteri si è proceduto a individuare le emoglobinopatie (talassemie & co ) come gruppo di patologie che saranno oggetto di sperimentazione nel corso del progetto.

### **Ricerca Autofinanziata “Indagine conoscitiva sui dirigenti”**

Il progetto si sviluppa nell’ambito delle iniziative dell’Agenas volte a promuovere l’empowerment dei professionisti. La finalità dell’iniziativa è quella di rilevare la dotazione organica dei medici di Sanità pubblica in servizio presso i Dipartimenti di prevenzione, i Distretti sanitari e le Direzioni degli Ospedali e dei bisogni formativi del personale medico delle stesse strutture, al fine di promuovere percorsi di sviluppo professionale per i Dirigenti Medici delle Regioni con Piano di rientro. Nel secondo semestre 2012, sono state avviate le attività preliminari volte alla realizzazione di due questionari on-line da sottoporre ai dirigenti medici.



## La promozione di iniziative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie

# 5

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

Nell'ambito del Progetto di Ricerca Autofinanziata: "Supporto all'implementazione dei programmi di accreditamento regionale", nel secondo semestre 2012 ,sono state promosse le seguenti attività:

- Accreditamento quale strumento di miglioramento continuo della qualità: successivamente all'elaborazione del "Disciplinare tecnico" da parte del Tavolo per la revisione della normativa sull'accreditamento, approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni/P A in data 20 dicembre u s , si è intrapresa una analisi del documento al fine di approfondirne e svilupparne i contenuti e predisporre strumenti utili a favorire l'applicazione e l'adattabilità dei criteri e requisiti individuati nei diversi contesti regionali;
- Supporto alla Regione Calabria per la rivisitazione dei percorsi di autorizzazione e accreditamento;
- Monitoraggio del percorso di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private: è stata portata a termine l'analisi dei dati relativi all'ultima indagine sullo stato di implementazione dei percorsi di accreditamento delle strutture pubbliche e private ed è stato predisposto uno specifico report dei risultati. Quest'ultimo documento è stato trasmesso, in via riservata e non divulgabile, al Ministero della salute e alla

### Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome

- Avvio dell'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
- Implementazione della collaborazione con il Ministero della Salute riguardo l'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 nel contesto europeo: l'Agenas, sul tema, ha contribuito ai lavori dell'European Accreditation Network (gruppo di studio della Società europea della qualità dell'assistenza), rete di organizzazioni nazionali e internazionali, che si prefiggono di favorire il confronto e lo scambio di esperienze in tema di accreditamento

### Accreditamento quale strumento per il miglioramento continuo della qualità<sup>9</sup>

L'impegno profuso nell'ultimo anno, dall'Agenas, dal Ministero della Salute e dalle Regioni/P A , nell'ambito del Tavolo per la revisione della normativa sull'accREDITAMENTO, per la definizione di un quadro di riferimento condiviso per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie, ha visto un giusto riconoscimento nell'approvazione tramite Intesa (prot. n. 259 del 20 dicembre 2012), da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, del disciplinare tecnico, contenente i criteri e i requisiti di accREDITAMENTO ritenuti essenziali.

Le Regioni e Province Autonome dovranno recepire l'Intesa entro 6 mesi dalla data di approvazione e definire, entro dicembre 2013, all'interno di uno specifico Tavolo di lavoro, le modalità e i tempi di adeguamento ai contenuti del documento.

In questo contesto ed anticipando l'approvazione della predetta Intesa, l'Agenas ha avviato nel corso del precedente semestre una serie di iniziative dirette alla costruzione di un manuale operativo di riferimento ad uso delle Regioni/P A e quindi di metodi e strumenti in grado di agevolare la declinazione/puntualizzazio-

---

<sup>9</sup> A cura della sezione *Qualità e AccREDITAMENTO*

ne dei criteri di qualità individuati e dei relativi requisiti di accreditamento istituzionale .

Si è proceduto ad un'analisi documentale sia di livello europeo, che internazionale e di conseguenza alla scelta di declinare il modello di riferimento secondo la logica del ciclo di Deming (PDCA plan–do–check–act) Nel secondo semestre, in particolare, è stato svolto un lavoro di puntualizzazione dei singoli requisiti, applicando a ciascuno di essi le quattro fasi del ciclo di Deming (individuati come livelli), al fine di migliorare continuamente la qualità e soddisfare le esigenze del cittadino/paziente.

Quindi per ogni requisito si è ritenuto opportuno esplicitare:

- Il criterio di riferimento;
- Lo scopo del requisito;
- Il campo d'applicazione;
- I livelli di compliance del requisito: ad ogni requisito è attribuito ai fini della valutazione uno o più elementi/indicatori. Gli indicatori possono essere:
  - di processo: focalizzati sul modo in cui si realizza una certa attività;
  - di esito: focalizzati sul risultato che si ottiene.

I livelli di compliance, in ottemperanza alla logica del PDCA, si articolano come segue:

- Livello 1 - Documenti di indirizzo e pianificazione  
piani, le politiche, le linee guide e altri documenti di indirizzo richiesti debbono essere presenti e rispettare nel contenuto quanto previsto dai requisiti per l'accREDITamento
- Livello 2 - Implementazione  
La valutazione del soddisfacimento dei requisiti previsti da questo livello viene effettuata attraverso l'osservazione sul campo, interviste o la valutazione delle cartelle cliniche dei pazienti, dei dati e di altri documenti

- **Livello 3 - Monitoraggio**  
Per il soddisfacimento di tali requisiti sono richiesti i risultati documentati derivanti dal monitoraggio della qualità e sicurezza
- **Livello 4 - Miglioramento della qualità**  
I requisiti previsti da tale livello prevedono che l'organizzazione documenti la valutazione e l'analisi delle priorità per l'implementazione di specifiche iniziative atte a migliorare la qualità e la sicurezza dell'organizzazione

A titolo esemplificativo si riporta nella tabella un requisito declinato secondo l'impostazione sopra descritta.

**Tabella 5 - Declinazione del requisito secondo il ciclo di Deming**

<b>Fattore/criterio 6</b>	<i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i>
<b>Requisito 6 1</b>	<i>Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche</i>
<b>Scopo del requisito</b>	L'obiettivo di questo requisito è di fare in modo che le organizzazioni focalizzino la propria attenzione su quelle strategie per le quali è presente una evidenza rispetto alla qualità delle cure e dei servizi. Le organizzazioni devono mettere in atto un sistema in grado di garantire che siano prese in considerazione e utilizzate le evidenze disponibili nella definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni cliniche e assistenziali. Un'organizzazione deve essere in grado di fornire un intervento efficace per uno specifico soggetto (paziente) nel rispetto delle sue preferenze individuali e dei suoi valori culturali e sociali. L'appropriatezza deve riguardare sia quella clinica, intesa come la capacità di fornire l'intervento più efficace date le caratteristiche e le aspettative di un determinato paziente, sia quella organizzativa, intesa come capacità di scegliere il livello assistenziale più idoneo alla erogazione delle cure. Le attività non possono basarsi esclusivamente sull'esperienza e su pratiche consolidate: le organizzazioni debbono garantire che lo sviluppo e l'implementazione dei processi e servizi avvenga sulla base delle migliori evidenze disponibili. In letteratura sono presenti evidenze per guidare le organizzazioni nell'implementare strategie e metodi che possono essere utilizzati per fornire cure, servizi e interventi appropriati ed efficaci. Le linee guida ed i protocolli adottati dagli operatori, devono essere utilizzati, in relazione alle specifiche condizioni organizzative della propria realtà operativa. Ogni struttura organizzativa ne predispone una raccolta ed il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili. Le organizzazioni debbono garantire inoltre che i professionisti sanitari valutino le evidenze disponibili nei processi di definizione dei percorsi assistenziali e attivino percorsi di miglioramento laddove necessario. Le strutture debbono avere un approccio sistematico per la valutazione della efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni. I risultati di tali valutazioni portano all'identificazione degli scostamenti rispetto alle evidenze disponibili, delle situazioni di inappropriata, cui seguirà un'analisi delle cause per l'identificazione delle opportunità di miglioramento degli esiti e della qualità dei servizi.
<b>Campo d'applicazione</b>	Intera struttura sanitaria e singola articolazione organizzativa

<p><b>Livello 1:</b> <b>Documenti di indirizzo e pianificazione</b></p>	<p>a) la Direzione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della evidence based medicine (Disciplinare TRAC – DDKM 3 12 3 The hospital planning of specific patient pathway) e predisposti in maniera integrata tra le strutture organizzative;</p> <p>b) la Direzione ha definito, formalizzato e diffuso modalità per favorire l'accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida (Disciplinare TRAC);</p> <p>c) la Direzione ha definito e formalizzato il processo per il coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati (Disciplinare TRAC)</p>
<p><b>Livello 2:</b> <b>Implementazione</b></p>	<p>a) vi è evidenza della messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della evidence based medicine (Disciplinare TRAC) per lo svolgimento delle attività più rilevanti per rischio, frequenza e costo, per gestire le evenienze cliniche più frequenti e di maggiore gravità;</p> <p>b) vi è evidenza che presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza ed in particolare per la gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità, delle manovre più utilizzate (Disciplinare TRAC);</p> <p>c) vi è evidenza dell'implementazione di tutte le buone pratiche regionali e delle raccomandazioni ministeriali e di pertinenza (Disciplinare TRAC, SANITAS 4 1 4);</p> <p>d) vi è evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati (Disciplinare TRAC, SANITAS 4 1 4)</p>
<p><b>Livello 3:</b> <b>Monitoraggio</b></p>	<p>a) vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni (Disciplinare TRAC, HAS 28 b, SANITAS 4 1 3) e del setting assistenziale da parte dei professionisti sanitari e della Direzione (ACHS 1 3 1);</p> <p>b) vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'organizzazione messa in atto per favorire l'adesione continua alle linee guida basate sulle evidenze (HAS 28 a) e del setting assistenziale (ACHS 1 1 3);</p> <p>c) in ciascuna articolazione organizzativa vi è evidenza dello svolgimento di audit multidisciplinari e sistematici per confrontare la pratica corrente con le linee guida basate sulle evidenze (SANITAS 4 6 2, HAS 28 a)- i risultati dell'audit vengono comunicati (HAS 28 a) al personale;</p> <p>d) vi è evidenza dell'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili (Disciplinare TRAC)</p>
<p><b>Livello 4:</b> <b>Miglioramento della qualità</b></p>	<p>a) i dati del monitoraggio dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni sono utilizzati per studiare le aree target di miglioramento e per monitorare e valutare l'efficacia dei miglioramenti (Disciplinare TRAC);</p> <p>b) sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione e i singoli dirigenti effettuano una valutazione delle priorità ed individuano e implementano specifiche azioni per il miglioramento dell'approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche e controllano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (Disciplinare TRAC - vedi requisito 7 1)</p>

Attualmente è in fase di completamento la declinazione dei requisiti, successivamente si procederà ad identificare e sviluppare ulteriori requisiti specifici distinti per percorsi assistenziali

## Supporto alla Regione Calabria per la rivisitazione dei percorsi di autorizzazione e accreditamento<sup>10</sup>

La Regione Calabria, con Nota prot n° 226253 del 27 giugno u.s., ha richiesto all'Agenas la designazione di esperti che potessero prendere parte alla costituenda task force, con la finalità di procedere al riassetto del sistema di accreditamento regionale.

Nell'accogliere positivamente la richiesta trasmessa dalla Regione, l'Agenas si è attivata per garantire un adeguato supporto, promuovendo, in particolare, uno studio specifico sul contesto di riferimento e sul modello di accreditamento e incardinando la specifica attività all'interno del più ampio progetto di Ricerca Autofinanziata denominato "Supporto all'implementazione dei programmi di accreditamento regionale".

Il progetto - ponendosi in continuità con il lavoro svolto sulla tematica in collaborazione con il Ministero e le Regioni/P.A. - si propone, in particolare, di sostenere le amministrazioni regionali, che dovessero manifestarne l'esigenza, nel percorso di individuazione di metodologie e strumenti in grado di favorire la realizzazione di programmi di accreditamento orientati alla valutazione continua e all'attivazione di processi di miglioramento, in un'ottica di piena aderenza ai criteri/requisiti di accreditamento istituzionale condivisi a livello nazionale.

La Regione Calabria ha chiaramente espresso, nella Nota 332881 del 9 ottobre 2012, la volontà di aderire all'iniziativa.

Sono stati, pertanto, programmati e realizzati specifici incontri con i referenti della Regione al fine di comprendere con maggior completezza i risultati attesi e condividere le modalità operative.

È stato predisposto e trasmesso alla Regione uno specifico piano di lavoro contenente la metodologia, le macroattività e i tempi di realizzazione ([Allegato 34](#)). In linea con quanto pianificato è stato avviato uno studio approfondito sui manuali e sulle procedure di accreditamento ed è stato impostato un lavoro di declinazione e puntualizzazione dei criteri e dei requisiti approvati a livello nazionale con l'intesa del 20 dicembre u.s. Nello specifico, l'obiettivo è quello di adattare il manuale operativo (vedi punto precedente), già in fase di realizzazione, al contesto specifico e alle caratteristiche proprie del sistema sanitario regionale.

---

<sup>10</sup> L'attività è svolta in collaborazione dalle sezioni *Qualità e Accreditamento e Organizzazione Servizi Sanitari*

Attualmente si sta completando il lavoro di definizione del manuale di accreditamento e a breve si dovrà dar avvio alle procedure di revisione del percorso autorizzativo.

### **Monitoraggio del percorso di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche<sup>11</sup>**

Nel corso del primo semestre del 2012 è stata avviata una nuova indagine sullo stato di implementazione del percorso di accreditamento delle strutture pubbliche e private.

Obiettivo della rilevazione era quello di monitorare le evoluzioni dei sistemi regionali di accreditamento e riscontrare lo 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.

L'indagine è stata realizzata nel periodo compreso tra maggio e luglio 2012, avvalendosi delle metodologie e delle procedure utilizzate nei precedenti monitoraggi. In particolare è stata trasmessa agli Assessorati regionali un'apposita scheda di rilevazione e, successivamente all'acquisizione dei dati, sono stati realizzati dei colloqui telefonici di approfondimento con i referenti regionali.

In continuità con le pregresse rilevazioni, l'indagine ha riguardato i percorsi di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche, mentre è stato esaminato esclusivamente il percorso di accreditamento delle strutture 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.

Diciannove Regioni/P.A. hanno trasmesso informazioni utili a rilevare lo stato di avanzamento dei percorsi.

Nel corso del secondo semestre si è conclusa la fase di approfondimento delle informazioni ricevute e si è proceduto all'analisi dei dati e alla predisposizione di un report sintetico.

---

<sup>11</sup> L'attività è svolta in collaborazione dalle sezioni *Qualità e Accreditamento e Organizzazione Servizi Sanitari*

Dai dati rilevati sono emersi con chiarezza i progressi realizzati, sia riguardo alle strutture pubbliche, che a quelle private (residenziali sanitarie e sociosanitarie) e l'impegno dei governi regionali per la conclusione delle procedure .

In particolare, in riferimento al settore pubblico, si è osservato un incremento della percentuale di strutture che hanno completato il percorso autorizzativo. Il 51% delle strutture pubbliche esaminate risulta autorizzato, con un incremento di 5 punti percentuali rispetto al precedente monitoraggio (46% nel 2010) .

Riguardo le categorie osservate, le strutture ospedaliere e residenziali mostrano un'ampia crescita percentuale, dal 61% di strutture autorizzate del 2010 al 73% del 2012, mentre nessun mutamento è intervenuto per le strutture ambulatoriali, che confermano il 38% di strutture autorizzate.

Riguardo alle singole tipologie, ossia le strutture per anziani e demenze senili sono quelle con i valori percentuali più alti (l'84% di strutture risultano autorizzate), a conferma del dato rilevato nel 2010. La maggior parte delle altre strutture (di ricovero ospedaliere, di riabilitazione ex art. 26, per disabili, per persone con problemi psichiatrici, per malati terminali) mostrano percentuali che oscillano tra il 46% e l'80%. Valori decisamente più bassi si osservano per le strutture per dipendenze patologiche (14%), mentre nessuna struttura per malati di AIDS risulta ancora autorizzata.

Un incremento di valori si registra anche per l'accreditamento delle strutture pubbliche. Il 24% delle strutture pubbliche ha terminato positivamente il percorso di accreditamento, con un incremento di 4 punti percentuali rispetto al dato 2010 (20%).

Le strutture di ricovero ospedaliere e residenziali conservano i valori percentuali maggiori di accreditamento (43%), con un aumento di 10 punti percentuali rispetto al 2010 (33%); mentre per le strutture ambulatoriali non si evidenzia alcuna variazione rispetto alla precedente rilevazione, ovvero il 13% delle strutture pubbliche risulta accreditato.

Nell'ambito della categoria delle strutture di ricovero ospedaliere e residenziali, le strutture per persone con problemi psichiatrici mantengono la percentuale maggiore di accreditamento (54%). È confermato anche il dato negativo riferito alle strutture per malati di AIDS, nessuna struttura risulta accreditata.

Riguardo le strutture private residenziali sanitarie e sociosanitarie i dati rilevati mostrano che il 72% delle strutture esaminate risulta accreditato in via definitiva. La macro-area geografica che presenta i valori di accreditamento più elevati è quella nord-occidentale, con il 94% delle strutture che hanno già terminato il percorso. Le altre macro aree registrano valori compresi tra il 34% e 57% .

Le residenze per dipendenze patologiche registrano la percentuale di accreditamento maggiore (82%), seguite a breve distanza dalle residenze per anziani (81%). Le residenze per disabili, quelle per persone con problemi psichiatrici e gli hospice evidenziano valori che oscillano tra il 60% e il 75%. Da ultimo, gli istituti ex art. 26, le residenze per malati di AIDS e le altre strutture con percentuali comprese tra il 34% e il 45%.

I risultati dell'indagine mostrano un percorso di accreditamento in fase di sviluppo avanzato, sebbene con una certa disomogeneità territoriale. L'analisi ha evidenziato che alcune Regioni e, in particolare talune impegnate nei piani di rientro dal disavanzo sanitario - che hanno avviato da breve tempo il percorso di accreditamento - non riusciranno verosimilmente a completarlo entro la scadenza fissata dal legislatore (1° gennaio 2013) .

Il report conclusivo ([Allegato 35](#)) di indagine è stato trasmesso, in forma riservata e non divulgabile, al Ministero della Salute e alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome.

### **Periodica ricognizione delle norme regionali sullo stato di attuazione del percorso di accreditamento istituzionale in riferimento alla Legge n. 296/2006<sup>12</sup>**

Nel corso del secondo semestre, è stata nuovamente avviata l'attività ricognitiva diretta all'aggiornamento delle normative regionali in materia di accreditamento.

Per ciascuna Regione e Provincia autonoma, la ricognizione riporta in maniera sommaria il percorso evolutivo della normativa in materia di autorizzazione e accreditamento e propone brevi cenni sui provvedimenti relativi alla determinazione del fabbisogno e alla riorganizzazione della rete delle strutture eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio .

---

<sup>12</sup> A cura della sezione *Qualità e Accreditamento*

Di conseguenza sono in corso di aggiornamento anche le schede sintetiche descrittive delle procedure di autorizzazione e accreditamento, che riportano schematicamente informazioni utili alla lettura e alla comparazione dei diversi sistemi .

### **Elaborazione dei pareri in materia di accreditamento<sup>13</sup>**

L'Agenas ha proseguito 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'accREDITamento .

Anche in riferimento alla valutazione di diversi aspetti del questionario e della documentazione per la verifica degli adempimenti LEA relativi all'anno 2011, è proseguita l'attività di supporto, in specie riguardo gli adempimenti della "sezione AH" del questionario, dedicata all'accREDITamento istituzionale.

### **L'accREDITamento nel contesto europeo<sup>14</sup>**

L'Agenas prosegue la sua partecipazione all'European Accreditation Network (EAN), una rete di organizzazioni nazionali e internazionali che si confrontano proficuamente sul tema dell'accREDITamento, con l'obiettivo di favorire lo scambio di esperienze e di idee, nonché la creazione di partnership e lo sviluppo di strategie condivise a livello europeo. Nel corso del secondo semestre del 2012, è stato organizzato un meeting all'Università di Durham (Gran Bretagna), a cui hanno partecipato, tra gli altri, i rappresentanti dell'EPSO, di diverse Università inglesi, e di organismi istituzionali di 12 Paesi europei. Sono stati discussi e messi a confronto gli approcci e le strategie delle diverse nazioni presenti. In questo contesto, l'Agenas ha avuto modo di presentare le attività e i progetti implementati in materia di accREDITamento e ha illustrato il percorso in essere per la definizione di un comune quadro di riferimento nazionale .

---

<sup>13</sup> L'attività è svolta in collaborazione dalle sezioni **Qualità e AccREDITamento** e **Organizzazione Servizi Sanitari**

<sup>14</sup> A cura della sezione **Qualità e AccREDITamento**

# Monitoraggio delle variabili di qualità, efficienza ed equità

## 6

### Sistema di Monitoraggio della Qualità (SMQ) del SSN

Nel corso del 2° semestre 2012, il gruppo di lavoro Agenas ha continuato a sviluppare la definizione del Sistema di Monitoraggio della Qualità (SMQ) del SSN attraverso le seguenti attività<sup>15</sup>:

- elaborazione di set di indicatori relativi alle sezioni SALUTE (Efficacia) e RISORSE (Efficienza) dello schema generale del SMQ e della libreria di codice sorgente;
- sviluppo del prototipo di sito web per il Sistema di Monitoraggio della Qualità (SMQ) del SSN;
- messa a punto e "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)

Nell'ambito delle attività necessarie all'elaborazione degli indicatori relativi ai macro-criteri "Salute" e "Risorse" - di cui alla tabella 6 ed ai quali si uniscono quelli previsti dal Programma Nazionale Esiti che sono parte costitutiva del SMQ - corso del 2o semestre 2012 è stata realizzata una apposita libreria di codice sorgente (macro SAS).

---

<sup>15</sup> Per ulteriori approfondimenti sui punti a) e b) si rimanda all'articolo di Francesco Di Stanislao e Fabrizio Carinci, Verso un sistema nazionale di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria, Monitor, 30; pp 8-19 ([http://www.agenas.it/agenas\\_pdf/Monitor%2030.pdf](http://www.agenas.it/agenas_pdf/Monitor%2030.pdf))

**Tabella n 6 – Indicatori sezione Salute (efficacia) e Risorse (efficienza)**

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

La libreria di codice sorgente è finalizzata allo svolgimento delle seguenti funzioni:

- caricamento dati SDO 2006-2010
- caricamento dati di contesto nazionali (mappe geografiche, popolazione, anagrafe comuni/province/ASL/presidi)
- controllo di qualità ed eliminazione di inconsistenze e duplicazioni
- adattamento degli standard internazionali e calcolo degli indicatori secondo le specifiche OCSE e AHRQ
- standardizzazione (multivariate risk adjustment) e rappresentazione grafica degli indicatori di qualità
- allineamento dei parametri con le specifiche richieste dal prototipo di sito web (vedi sotto)

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

Nel corso del 2° semestre 2012 sono stati realizzati importanti aggiornamenti del prototipo di portale AGENAS del quale era stata definita in precedenza una struttura di navigazione via web semplice, suddivisa per aree e tipi di utente, che permette di “traversare” tutti i livelli, visualizzando le aree del sistema di indicatori previste

Gli aggiornamenti riguardanti il sistema web sopra descritto, possono essere elencati come segue:

- riconfigurazione della struttura globale concernente la navigazione ed il collegamento ai risultati prodotti da altre aree, quali aree “Programma Nazionale Esiti”, “Diritti” e “Valutazione Multidimensionale” di indicatori compositi;
- disegno ed implementazione di un formato XML per la rappresentazione degli indicatori di qualità e la pubblicazione automatica per ogni area specifica, all’interno di un “Dizionario Indicatori” globale;
- disegno e sviluppo della sezione “Strutture del Sistema Sanitario” per la rappresentazione univoca di caratteristiche generali, posizione geografica, statistiche descrittive e indicatori di qualità, per ogni singola Regione, Provincia, ASL e Presidio sul territorio nazionale (test sperimentale per Portale Salute)
- sviluppo integrale di codice sorgente Javascript per l’ottimizzazione e l’automazione integrale del sito in formato multilingua (italiano, inglese)

L’Agenas, inoltre, ha contribuito alla stesura del progetto per la realizzazione del “Portale della trasparenza dei servizi per la salute”, con particolare attenzione alla definizione dei destinatari, degli obiettivi, degli strumenti, della governance e dei contenuti. Il progetto “Portale della trasparenza dei servizi per la salute” è oggetto della proposta che il Ministero della Salute intende sottoporre alla Conferenza Stato per l’ammissione al finanziamento.

### **Messa a punto e ”pesatura” degli indicatori relativi alla sezione DIRITTI (Empowerment) dello schema generale del SMQ**

Nel secondo semestre 2012 il gruppo di lavoro Agenas sul SMQ, con la collaborazione dei referenti regionali sul tema dell’empowerment dei cittadini e dell’Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva, ha realizzato la “pesatura” dei fattori e degli elementi relativi alla sezione Diritti dello schema generale del SMQ. Maggiori dettagli sulla metodologia “partecipata” di pesatura, sono descritti nel paragrafo dedicato alla Ricerca Corrente 2010 “Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione ed il migliora-

mento della qualità dei servizi sanitari”, contenuto nella sezione 4 “Gli interventi volti allo sviluppo dell’empowerment nelle amministrazioni locali e nelle comunità” della presente relazione.

### Attività Programma Nazionale Esiti

Agenas, nel 2° semestre 2012, ha ulteriormente proseguito l’implementazione del Programma Nazionale Esiti, (PNE), già ampiamente illustrato nelle relazioni precedenti, con l’aggiunta di specifiche indicazioni provenienti dal Ministero della Salute finalizzate allo sviluppo ed al proseguimento delle attività, che hanno comportato alcune modifiche dei programmi di lavoro, in particolare per quanto riguarda le modalità di comunicazione dei risultati di PNE .

128



In particolare:

- acquisizione e controllo del file SDO nazionale 2005-2010 e successivamente 2011 linkato su base individuale anonima controllato mediante linkage con anagrafe tributaria;
- modifica degli indicatori sulla base della acquisizione delle informazioni di stato in vita da anagrafe tributaria;
- modifica e integrazione dei metodi di risk adjustment periodo specifici Nell’edizione 2012 introduzione di sezione risk adjustment con misure degli effetti del controllo del confondimento;
- modifica ed integrazione dei protocolli di tutti gli indicatori anche sulla base delle consultazioni con le Regioni e PP AA e con le società scientifiche
- sviluppo e realizzazione del sito web PNE in due successive edizioni;
- analisi dati sdo 2005-2010 e successivamente 2011 per gli indicatori validati;
- introduzione di indicatori di volumi di attività nell’edizione 2012
- caricamento dei risultati di analisi dati sui siti web PNE <http://151.1.149.72/pne10/> (II ed. 2011 su dati sdo 2005-2010) e successivamente [http://151.1.149.72/pne11\\_new/](http://151.1.149.72/pne11_new/) (ed. 2012 su dati sdo 2005-2011)
- test di funzionamento e di consultazione;

- presentazioni al Ministro della Salute, alle Commissioni parlamentari;
- realizzazione di un programma di presentazione di PNE a tutte le Regioni e PP:AA , realizzato in tutte le regioni Anche con accessi multipli ad eccezione di FVG e Molise;
- realizzazione di due iniziative di media training in collaborazione con l'ufficio stampa del Ministero della Salute;
- revisione delle esperienze internazionali di pubblicazione delle valutazioni di esito;
- accesso al sito web con credenziali limitato alle regioni e società scientifiche per l'edizione II ed 2011, esteso a tutti gli operatori del SSN previa registrazione per l'ed 2012;
- effettuazione di seminari locali su richiesta delle Regioni:
- perfezionamento della consultazione continua con le società scientifiche
- sviluppo dell' attività di supporto alle Regioni per la utilizzazione di indicatori di esito nelle procedure di valutazione dei Direttori Generali delle aziende sanitarie;
- sviluppo dell' analisi della relazione tra volumi di attività ed esiti delle cure, a supporto della redazione del regolamento di cui all'art 15, comma 13, lettera c della Legge 135/2012

## **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 predispose, 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, degli accordi contrattuali con gli erogatori, dei controlli esterni e di appropriatezza, del finanziamento degli erogatori. Nel 2° semestre 2012 sono stati esaminati provvedimenti adottati dalle Regioni: Abruzzo, Campania, Molise, Lazio, Puglia e Sicilia.

## Analisi dei provvedimenti regionali in tema di sistemi di remunerazione

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

## 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'organizzazione dei servizi in un'ottica gestionale equa, 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 secondo 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. Agenas ha intrattenuto – ed intrattiene tuttora - continui contatti con i referenti delle 11 regioni (Basilicata, Bolzano, Trento, Liguria, Molise, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, Abruzzo) che hanno aderito al progetto, al fine di supportarle nella produzione e nell'analisi degli indicatori previsti, attraverso un percorso formativo continuo.

Nel mese di maggio 2012 era stato avviato un piano di formazione delle regioni che hanno aderito al progetto. In particolare è stato organizzato il I Seminario nazionale “La salute della popolazione immigrata – Il monitoraggio da parte dei SSR” a cui hanno partecipato, oltre le UO del progetto, 10 regioni (Valle d'Aosta, PA Trento, PA Bolzano, Veneto, Liguria, Toscana, Umbria, Abruzzo, Basilicata, Sicilia). Tali regioni hanno condiviso la metodologia e hanno prodotto gli indicato-

ri per gli anni 2007-2010. Nel corso del II semestre state avviate le attività per l'organizzazione del II Seminario nazionale, previsto per il mese di gennaio 2013.

Agenas aveva definito la metodologia per la valutazione della spesa relativa alla valutazione della popolazione immigrata ed aveva predisposto il relativo manuale e gli strumenti di supporto al calcolo degli indicatori (programmi SAS e "format" per il calcolo automatico) che sono stati messi a disposizione delle UO del progetto. 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?

Tale metodologia è in fase di sperimentazione presso le Unità operative del progetto, successivamente, in occasione del II seminario nazionale, sarà presentata alle regioni che hanno aderito al progetto.

I primi risultati a livello nazionale evidenziano che l'assorbimento di risorse è differente tra i cittadini italiani, gli immigrati residenti in Italia e gli immigrati "irregolari", e le differenze sono attribuibili solo in parte alla differente composizione demografica. In particolare gli immigrati "regolari" in media consumano meno risorse sanitarie rispetto agli italiani: si ricoverano meno, presentano una casistica di minore complessità assistenziale e i ricoveri hanno un valore medio inferiore. Gli immigrati "irregolari" in media consumano meno risorse sanitarie rispetto agli italiani ma più degli immigrati "regolari". La quota di spesa assorbita dai immigrati "irregolari", stimata in 159 milioni di euro, rappresenta circa lo 0,3% della complessiva spesa per il livello di assistenza ospedaliero.

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 ha completato a livello nazionale, per gli anni 2007-2010, il calcolo degli indicatori relativi alla valutazione economica dell'assistenza sanitaria erogata alla popolazione immigrata.

Infine, Agenas prosegue le attività di manutenzione e esercizio del sito web dedicato al progetto. Il sito è 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. Tale sito è fondamentale per lo scambio di informazioni tra le UO ed è lo strumento fondamentale per la formazione ed il supporto alle Regioni che hanno aderito al progetto.

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

### **Convenzione attività di supporto e gestionale dell'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali nel programma denominato "mattoni del SSN"**

132



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. Inoltre, sono state presentate al gruppo di progetto le informazioni relative ai rimborsi extratariffari previsti nelle regioni e a livello di mobilità interregionale, desunte dal documento "I sistemi tariffari regionali vigenti nell'anno 2009" pubblicato nel sito di Agenas ([http://www.agenas.it/monitoraggio\\_costi\\_tariffe/monitoraggio\\_costi\\_tariffe\\_osp\\_acuti\\_riabilitazione.htm](http://www.agenas.it/monitoraggio_costi_tariffe/monitoraggio_costi_tariffe_osp_acuti_riabilitazione.htm)).

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-

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, rinnovato a novembre 2012, 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, all'attuazione dell'art 17 comma 1 del DL 98/2011, la manovra su beni e servizi ai sensi dell'art 17 comma I, lettera a del DL 98/2011, alla valutazione dello schema di Regolamento relativo alla Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera proposto dal Ministero della salute, alla valutazione dello schema di DPCM di aggiornamento dei LEA proposto dal Ministero della salute, al monitoraggio del piano di rientro per le regioni in disavanzo e alla valutazione della documentazione trasmessa dalle regioni stesse ed alle società di revisione che le affiancano.

### **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 produzione 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 proposta di eventuali parametri di riferimento relativi al fabbisogno ed ai costi delle prestazioni sociosanitarie e l'eventuale proposta di sistemi di finanziamento e remunerazione.

Nel periodo in esame si è svolto il primo incontro con i referenti regionali designati dalla Commissione salute, dr ssa Banchemo (Liguria) e dr ssa Corti (Veneto), che hanno dichiarato di condividere le tematiche del progetto.

Inoltre, sono stati avviati i contatti con l'Università Bocconi al fine di approfondire le tematiche relative al fabbisogno di prestazioni sociosanitarie.

Il presente progetto, che sarà attivato nel primo semestre del 2013 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.



## La promozione e lo sviluppo delle attività relative a beni e servizi del SSN

# 7

In questo ambito ed in linea con quanto evidenziato nella premessa alla presente Relazione, Agenas ha ulteriormente sviluppato l'attività, già iniziata nel semestre precedente, articolandola nei punti di seguito indicati:

- la predisposizione di una proposta metodologica sulla procedura di individuazione di beni e servizi per i quali risulta opportuno, essendo voci di spesa rilevanti, indicare prezzi di riferimento;
- l'elaborazione di un'adeguata griglia identificativa dei beni e servizi per confrontare gli eventi di acquisto di beni e servizi;
- lo studio, sulla base della metodologia di calcolo indicata dalla norma, della determinazione del prezzo di riferimento basandosi sui dati disponibili presso le centrali di acquisto regionali.

Particolare attenzione è stata rivolta, nell'ambito della collaborazione tra Agenas e Regioni, ad individuare specifiche figure di riferimento, tra clinici e fornitori, con cui approfondire le problematiche organizzative, legate ai diversi modelli adottati, e gli aspetti tecnici propedeutici alla rilevazione dei prezzi di acquisto di dispositivi medici, allo scopo di trasmettere all'AVCP ( Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici ) uno strumento di rilevazione più puntuale e dettagliata nella descrizione

A tal fine sono stati organizzati numerosi incontri che hanno riguardato:

- la rilevazione sui servizi di lavanderia/lavano, pulizie e ristorazione modificando i questionari in base alle evidenze e alle criticità rappresentate dai compilatori
- la predisposizione di un nuovo elaborato con le specifiche tecniche dei DM a più elevato impatto economico relativamente a:
  - protesi vascolari
  - stent coronarici
  - protesi di anca
  - protesi di ginocchio

138

Contestualmente sono state proposte nuove schede di rilevazione relative ad aghi, siringhe e dispositivi medici per medicazione.

Agenas ha quindi partecipato a numerosi incontri con MEF, AVCP e MINSAL per definire, di volta in volta, i nuovi ambiti di intervento sulla base delle indicazioni previste dalla norma.

È stato, inoltre, sviluppato lo studio e l'approfondimento tecnico di requisiti/indicatori di dettaglio che caratterizzano le voci sopra citate e che sono state oggetto di discussione e valutazione nell'ambito di incontri di un apposito gruppo regionale (G8) costituito da Liguria, Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia Romagna, Umbria, Puglia e Sicilia.

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

# 8

Relativamente all'attività Agenas / ECM, nel 2° 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.

A chiusura di un importante anno si è svolta a Cernobbio il 15 e 16 ottobre 2012 la IV Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina, sotto la direzione scientifica della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, del Ministero della Salute e della Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), Conferenza nella quale si sono analizzati i risultati prodotti e le criticità emerse sul piano dell'offerta formativa dall'applicazione delle nuove regole, nonché presentate le più importanti novità del settore ed approfondite le tematiche di maggior interesse ed attualità per gli operatori della formazione in Sanità.

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 luglio – 31 dicembre 2012 le riunioni sono state complessivamente 31, così ripartite:

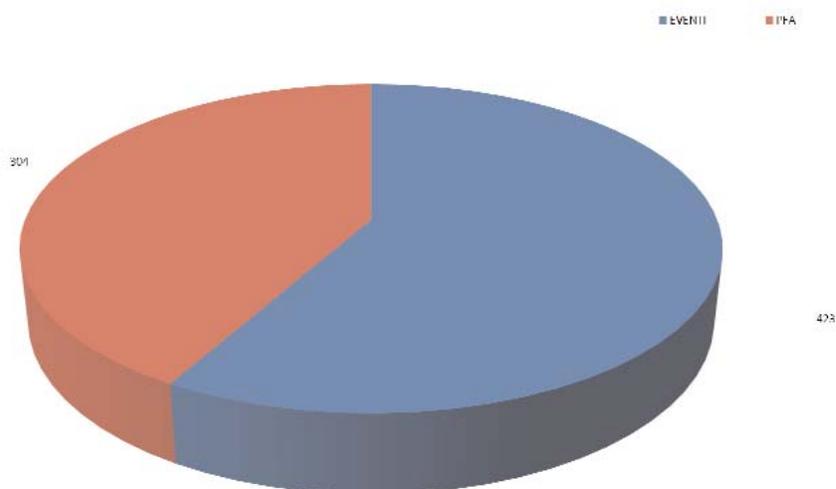
- Commissione Nazionale: 3 riunioni
- Comitato di Presidenza: 4 riunioni
- Comitato di Garanzia: 2 riunione
- Osservatorio Nazionale: 3 riunioni
- Comitato tecnico delle regioni: 4 riunioni
- Incontri tecnici regionali LEA: 5 riunioni
- Comitato di valutazione Cogeaps: 1 riunione
- Sezione III: 2 riunioni
- Sezione IV: 1 riunione
- Sezione V: 2 riunioni
- Convenzione Regione Abruzzo: 1 riunione
- Convenzione Regione Campania: 2 riunioni

### **Sistema Nazionale di Accredimento Eventi.**

Nel 2° semestre 2012 sono stati accreditati eventi e progetti formativi aziendali come segue:

**Tabella 7**  
**2° SEMESTRE 2012**  
**attività formative erogate (sistema di accreditamento eventi)**

<b>EVENTI residenziali</b>	<b>423</b>
<b>PFA</b>	<b>304</b>



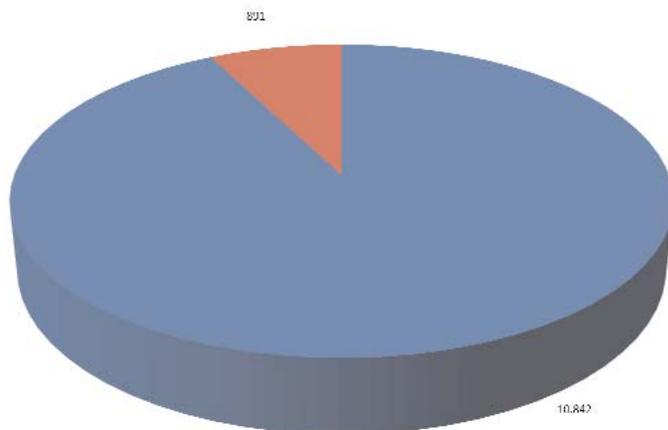
## Sistema Nazionale di Accreditamento Provider Provvisori

Nel 2° semestre 2012 nel sistema di accreditamento provider gli eventi definitivi rapportati sono stati:

**Tabella 8**  
**2° SEMESTRE 2012**  
**attività formative erogate (sistema di accreditamento provider)**

<b>EVENTI RES</b>	<b>10 758</b>
<b>EVENTI FSC</b>	<b>64</b>
<b>EVENTI FAD</b>	<b>20</b>
<b>PFA RES</b>	<b>781</b>
<b>PFA FSC</b>	<b>110</b>

TOTALI EVENTI  
TOTALE IPA

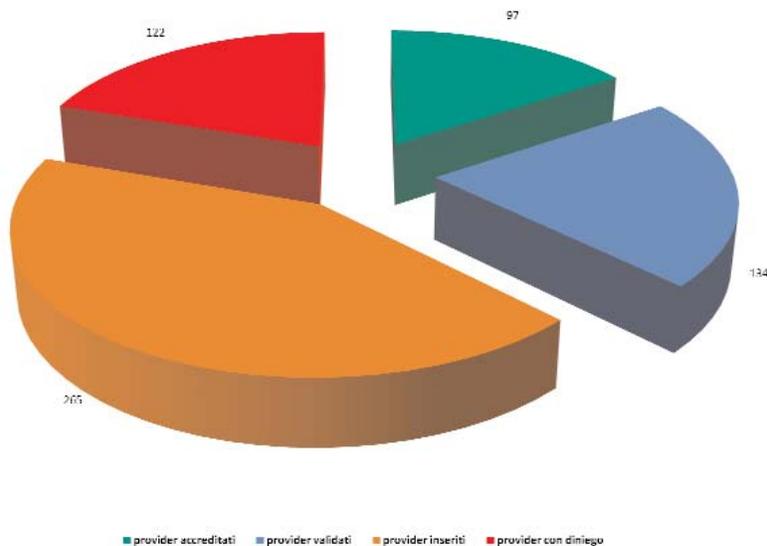


142



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

- accreditati n 97 provider provvisori, n 134 provider hanno “validato” la richiesta di accreditamento, a fronte di un totale di n 265 provider che si sono inseriti nel sistema informatico, cioè che hanno avviato in qualche misura le procedure di accreditamento Infine n 122 provider hanno ricevuto il diniego all'accREDITAMENTO



## Sistema Nazionale di Accredimento Provider Standard

Nel mese di aprile 2012 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 determinazioni 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. 86 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. 4 sono stati cancellati o è stata avviata la procedura di cancellazione.

Degli 86 provider di cui sopra, nel periodo 1 luglio – 31 dicembre 2012 ne sono stati visitati n. 56; di questi n. 26 sono stati accREDITati standard nel corso delle riunioni della Commissione Nazionale del 15 ottobre e 4 dicembre 2012. Nel corso delle stesse riunioni sono state richieste integrazioni documentali a n. 5 provider provvisori, e sono stati inviati preavvisi di diniego all'accREDITamento standard art. 10bis l. 241/90 a n. 12 provider provvisori.

## Sistemi Regionali di Accredimento Provider Provvisori

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha avviato una serie di convenzioni in materia di formazione continua in favore delle Regioni che non hanno avviato il Sistema di accREDITamento dei Provider.

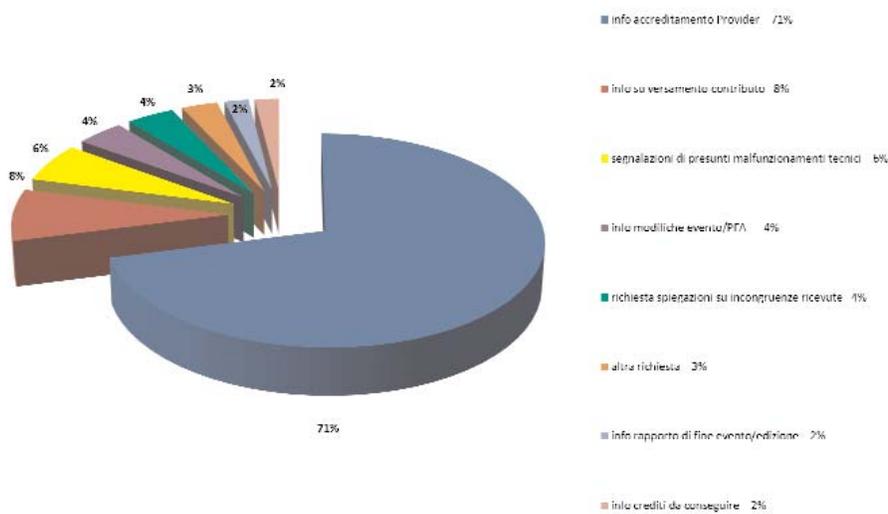
In particolare nel periodo 1 luglio – 31 dicembre 2012 le attività registrate dai sistemi regionali gestiti dall'Age na s sono state le seguenti:

**Tabella 9**

<b>Regione</b>	<b>Provider accreditati 2° semestre 2012</b>	<b>Eventi definitivi 2° semestre 2012</b>
Sicilia	39	311 [3 FAD – 11 FSC – 297 RES]
Puglia	1	332 [12 FSC + 320 RES]
Sardegna	1	0
Campania	0	0
Calabria	0	0

### Call Center

Nel 2° semestre 2012 il call center ha avuto circa 18 000 contatti telefonici, la maggior parte circa informazioni riguardanti il sistema di accreditamento Provider (71%); di seguito un dettaglio delle telefonate suddivise per tipologia.



## Il Monitoraggio dei Piani di Rientro

# 9

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 (2° semestre 2012) nelle Regioni, ordinate alfabeticamente, che l'Agenzia ha affiancato, o in quelle, nei cui confronti ha fornito supporto e collaborazione .

## Regione Basilicata

Nel corso del 2° semestre 2012 è proseguita l'attività avviata nel 2011 finalizzata a migliorare la raccolta dei costi per livelli assistenziali, nell'ambito del c d "progetto LA", dal nome dell'apposito modello del sistema informativa sanitario nazionale.

In tale prospettiva, in accordo con la Regione, si è previsto di passare dall'attuale sistema, basato sulla costruzione del modello LA mediante riclassificazione dei costi rilevati dalla contabilità generale, ad un vero e proprio sistema regionale di contabilità analitica con due obiettivi:

- sostituire gli attuali sistemi aziendali di contabilità analitica, sviluppati in modo non omogeneo e parziale;
- sviluppare un sistema idonei a costruire il modello LA.

Pertanto il progetto assume ora una valenza più generale ("progetto COAN – LA").

Nel periodo in esame:

- Agenas ha predisposto un piano dei centri di costo regionale, comune per tutte le regioni<sup>16</sup>, adattato per la specifica organizzazione delle aziende della Regione Basilicata;
- il piano è stato discusso e validato da parte della Regione e delle aziende sanitarie

## Regione Calabria

Nel corso del 2° semestre 2012 è proseguita l'attività avviata nel 2011 finalizzata a migliorare la raccolta dei costi per livelli assistenziali con modalità analoghe a quelle adottate nella Regione Basilicata.

Nella Regione Calabria l'avvio della contabilità nelle aziende sanitarie rappresenta uno degli adempimenti previsti dal piano di rientro.

A tale fine il piano dei conti predisposto da Agenas è stato adottato dalla Giunta Regionale con deliberazione n 518 del 28 12 2012 (cfr [Allegato 36](#)).

Nel semestre considerato è stato inoltre approfondita la situazione istituzionale e gestionale della Fondazione Campanella, istituita dalla Regione e dall'Università,

---

<sup>16</sup> Il progetto LA-COAN è in fase di sviluppo anche nella Regione Calabria

da tempo sotto osservazione da parte dei competenti Tavoli ministeriali, anche a seguito dell'annullamento da parte della Corte Costituzionale della l r 35/2011 che prevedeva il riconoscimento della Fondazione come ente di diritto pubblico e l'equiparazione del personale della Fondazione a quello delle aziende sanitarie regionali.

Il rapporto è articolato in due parti.

La prima parte è dedicata alle vicende evolutive della Fondazione:

- l'istituzione di un della Fondazione Tommaso Campanella, fondazione privata costituita dalle Regione Calabria e dall'Università di Catanzaro, con l'obiettivo di dare vita ad un "centro di eccellenza oncologico" da far riconoscere come IRCCS;
- la previsione nel Piano di rientro della "ridefinizione dell'assetto giuridico della Fondazione Campanella" con deliberazione da adottare entro il 31 1 2010;
- la Regione, con la legge regionale n 11/2009, articolo 5, ha inizialmente previsto un termine per il riconoscimento della Fondazione quale IRCCS e il recesso dalla Fondazione in carenza di riconoscimento;
- il termine è stato successivamente posticipato con le leggi regionali n 48/2009, articolo 1, e n 8/2001, articolo 1, prevedendo nel caso di liquidazione della Fondazione il trasferimento all'AOU Mater Domini di Catanzaro del personale senza soluzione di continuità nei rapporti di lavoro, norme dichiarate incostituzionali dalla suprema Corte con sentenza n 267/2010;
- in ultimo la Regione, con le leggi regionali n 35/2011 e 50/2001, ha previsto il riconoscimento della Fondazione come ente pubblico, l'equiparazione del personale della Fondazione a quello delle aziende sanitarie regionali e lo scioglimento della Fondazione nel caso di mancato riconoscimento quale IRCCS; tali leggi sono state dichiarate incostituzionali dalla Corte con sentenza n 214/2012

La prima parte, dopo aver ricostruito le vicende evolutive della Fondazione, analizza:

- la dotazione patrimoniale, sostanzialmente inesistente atteso che l'immobile è stato concesso in diritto d'uso dall'Università fino allo scioglimento della Fondazione. Il bilancio registra un valore delle immobilizzazioni materiale, al netto dell'ammortamento, pari a € 4 713 072 e un fondo di dotazione di € 5 305 483;
- la capacità produttiva assistenziale inizialmente prevista in 180 posti letto, con una dotazione effettiva variabile nel tempo da 130 a 73 posti letto e, in ultimo, nell'ambito della ridefinizione della rete ospedaliera in attuazione del piano di rientro, ridotta a 35 posti letto;
- il personale assunto direttamente dalla Fondazione (oltre 250 unità);
- la mancata definizione dei rapporti attivi e passivi tra Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini e Fondazione Campanella, rapporti molto articolati atteso che la Fondazione Campanella opera nell'ambito dello stabilimento che ospita l'AOU, avvalendosi delle attività sanitarie e tecnico-economiche dell'AOU;
- i problemi connessi al finanziamento dell'attività della Fondazione, in considerazione della sua natura privata e in carenza del previsto regime contrattuale.

La seconda parte dell'analisi, dedicata alle possibili soluzioni a seguito della sentenza della Corte Costituzionale, parte dall'esigenza di razionalizzare la rete ospedaliera pubblica della provincia di Catanzaro, dove oggi sono operanti l'ASP di Catanzaro, l'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio (tra l'altro sede della maggiore attività oncologica regionale), l'Azienda Ospedaliera Univesitaria Mater Domini e la Fondazione Campanella (che opera in locali della struttura dell'AOU).

Partendo da tale situazione il documento propone la cessazione dell'attività sanitaria finale da della Fondazione prevedendo sostanzialmente due possibili percorsi:

- previo congelamento dell'attuale dotazione organica, trasformazione dell'attività da sanitaria finale (accreditata) ad attività di servizi a favore delle aziende sanitarie regionali, mediante una bad company o trasferendo il personale ad una società regionale "veicolo"; la

soluzione si configura pertanto come una gestione straordinaria da mantenere fino alla cessazione degli attuali rapporti di lavoro;

- trasformazione la Fondazione in una sperimentazione gestionale con il compito di prestare servizi ausiliari e intermedi alle aziende sanitarie regionali.

Il rapporto, presentato alla gestione commissariale della sanità calabrese (Presidente della Giunta e sub-commissari), ha dato luogo alla proposta di un disegno di legge concordato con uno dei sub-commissari che, peraltro, non è stato recepito dall'assemblea legislativa regionale che, al contrario, ha deliberato prevedendo il mantenimento in vita della Fondazione.

### Le tre reti

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

I provvedimenti approvati nel secondo semestre 2012 sono stati:

- 1) DPGR n 174 del 25 ottobre 2012 con il quale la Regione assegna i pl residui ( non ancora assegnati con DPGR 106/2012), dell'Area Nord
- 2) DPGR n 175 del 25 ottobre 2012 con il quale la Regione rettifica i pl assegnati con DPGR 106\_2012 all'ASP di Crotona assegnandoli tutti alle strutture private

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) Articolazione delle reti per singola specialità in grado di garantire le popolazioni precedentemente coperte dai presidi convertiti:

- azione: 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 specialità 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. 25/12: "Istituzione task force per l'individuazione di linee guida inerenti il riassetto della rete per la psichiatria". Il gruppo di Lavoro dell'Agenas, appositamente istituito, ha congegnato il documento contenente l'analisi dei dati disponibili sull'attuale assetto organizzativo ed operativo dei dipartimenti di salute mentale, che mostra rimarchevoli disomogeneità rispetto agli standard di riferimento, indicati dagli atti normativi e programmatici in vigore, relativamente ai modelli di funzionamento e al fabbisogno strutturale. Le linee di indirizzo, si prefiggono il superamento di tali disomogeneità. Presupposto principale per la realizzazione delle azioni proposte è l'attivazione di un modello di governance continuativa del sistema da parte della Regione, attraverso l'istituzione di organismi di coordinamento e verifica, a livello regionale, aziendale e dipartimentale. A supporto dell'attività di valutazione, detti organismi devono disporre di un insieme di indicatori di performance, rilevati tramite il Sistema Informativo Regionale per la Salute Mentale, in attuazione del Decreto Ministro della Salute 1 febbraio 2010 "Istituzione del Sistema Informativo Nazionale per la salute mentale" e recepito con Decreto del Dirigente Generale n. 12016 del 22/09/2011. Sono anche oggetto

delle linee di indirizzo, gli interventi dei dipartimenti di salute mentale in favore dei detenuti e degli internati affetti da infermità mentali. Sono, infine, fornite indicazioni sulla gestione dell'Area emergenza urgenza

- 2) 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:
  - azione: sin dal mese di settembre 2012 l'Agenas sta affiancando la Regione nello sviluppo della rete privata sulla base dei dieci criteri forniti nel documento metodologico. In particolare, per ogni criterio è stata prevista una azione finalizzata sia alla attuazione operativa della rete, sia al monitoraggio ed al controllo

Di seguito si riportano le azioni indicate da Agenas per il superamento delle criticità rilevate dall'analisi sullo stato di programmazione della rete ospedaliera svolta ed il contestuale sviluppo della rete Hub e Spoke.

- 1) Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure
- 2) Coerenza della programmazione sanitaria regionale (fabbisogno delle prestazioni LEA e posti letto dell'area) con la realizzazione dei nuovi ospedali
- 3) Revisione del piano di investimento in tecnologie per adattarlo alla nuova rete ospedaliera in modo da concentrare le poche risorse a disposizione nei punti da sviluppare
- 4) Sviluppo della rete ospedaliera privata;
- 5) Completamento del processo avviato nel mese di luglio 2011 con le prime analisi sull'appropriatezza del 2010 dell'Agenas, proseguito attraverso il documento metodologico AGENAS ed i relativi accordi sottoscritti tra la struttura commissariale e i privati, e infine con la DGR n. 26 del 21 marzo 2012. Il processo di avvio del cambiamento, in particolare riferito all'adeguamento delle strutture ai requisiti per l'accreditamento previsti dal regolamento Regionale, ha impiegato tutto l'anno 2012 ed in parte è ancora in corso

- 6) Completamento dell'applicazione di alcuni dei 10 criteri contenuti nel documento metodologico dell'Agenas al fine di vedere compiuto il ruolo delle case di cura nella rete ospedaliera

Segue un'analisi sulla base di ciascuno dei criteri definiti nel documento Agenas:

- 1) Integrazione al pubblico Assegnazione di posti letto solo in settori con carenza di offerta pubblica e/o indicatori di mobilità elevata

Rispetto a quanto previsto dal documento Agenas, il DPGR n. 26 assegna alle case di cura discipline non strettamente compatibili con il fabbisogno della popolazione. Dall'analisi dei parametri per l'articolazione della rete ospedaliera, in particolare riferiti al bacino di utenza, emerge infatti un eccesso di offerta nelle specialità di: Chirurgia vascolare; Chirurgia toracica (eccesso solo nel pubblico); Ostetricia e ginecologia; Ortopedia; Cardiochirurgia; Terapia intensiva. Per le discipline di Chirurgia generale e urologia l'eccesso di pl è accettabile ma si rende assolutamente necessario il monitoraggio costante dell'indirizzo prevalente. Seppur il Decreto assegna indirizzi prevalenti alle discipline, si rende necessario definire in termini operativi il contenuto degli accordi, documentandoli con specifiche note, in modo da rendere possibile il monitoraggio e la verifica puntuale del rispetto degli accordi da un lato e dall'altro il rispetto dei criteri di appropriatezza.

- Azione: Realizzazione di un ufficio di monitoraggio, in accordo con AGENAS, dei contenuti degli accordi e dell'appropriatezza delle prestazioni al fine di consentire alla regione la misurazione della riduzione della variabilità del consumo di prestazioni tra le singole provincie calabresi e tra esse e le medie nazionali

- 2) Specializzazione Per le strutture private di piccole dimensioni (PL < 80) 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 o Riabilitativo. Come riportato nella tabella contenete la sintesi delle specializzazioni

assegnate emerge una forte parcellizzazione dell'offerta privata a livello regionale

- Azione: È importante che l'ufficio di monitoraggio che si propone di istituire verifichi costantemente l'effettiva integrazione della rete privata con quella pubblica nonché l'appropriatezza clinica ed organizzativa
- 3) Autonomia Privilegiare l'assegnazione di funzioni che non richiedono stretto raccordo con servizi territoriali e MMG per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio

Ai soggetti erogatori privati è stata assegnata gran parte dell'attività di postacuzie destinata dal DPGR 18\_2010 al pubblico AZIONE: costruzione di un chiaro modello organizzativo e gestionale: i setting assistenziali propri della medicina riabilitativa quali: reparto di riabilitazione intensiva ed estensiva, day-hospital e ambulatorio devono essere integrati fra loro in un modello organizzativo che garantisca la continuità delle cure

- 4) Responsabilità pubblica dei risultati Assegnazione di funzioni la cui committenza è chiaramente definibile e programmabile nel medio periodo per consentire i necessari investimenti
- 5) Responsabilità per l'emergenza Se viene riconosciuta un'attività che deve essere garantita anche in emergenza: obbligo di prevedere la copertura dell'offerta nelle 24 ore (es accoglienza urgenze ortopediche nelle 24 h) e il raccordo con la rete dell'emergenza
- Azione: si rende necessario rivedere l'assegnazione dei PPI alle case di cura private La programmazione regionale dell'emergenza urgenza non prevede alcuna assegnazione di funzioni al privato La casa di cura alla quale sarà riconosciuta una tale attività dovrà garantire l'accoglienza delle urgenze nelle 24 h in raccordo con la rete dell'emergenza pubblica In tal senso, è necessario che la rete assistenziale per intensità di cura (in questo caso "reti emergenza strettamente tempo dipendenti) includa anche gli erogatori privati così come indicato nel documento AGENAS su

“Metodologia per la definizione della rete ospedaliera privata” del 26/01/2012

- 6) 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 tiroide)
- 7) Collegamento con la rete ospedaliera Individuazione formale riferimento dell'ospedale pubblico per le attività non proprie e per le emergenze AZIONE: definizione dei tariffari per le prestazioni eventualmente richieste alle Strutture Pubbliche
- 8) 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 “immigrazione” dei pazienti AZIONE: Budget predefinito e volume di attività per le funzioni accreditate e contrattualizzate con possibile incremento, per i primi tre anni, del recupero economico della mobilità extraregionale per tipologia di attività specifica (raggruppamento DRG) in cui viene richiesta attività (es Ortopedia) Tale incremento, in parte tariffario (una tantum) in parte di budget e di volume (stabile) potrà essere finanziato al massimo con il 50% del valore di mobilità extraregionale recuperata
- 9) 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 possono consentire una maggiore “tutela” per i ricoverati in particolare nelle Strutture monospecialistiche;
- 10) Indicatori specifici Griglia di requisiti aggiuntivi, oltre a quelli previsti per l'accreditamento, che permettano di individuare le caratteristiche di qualità delle strutture private contrattualizzate con particolare riferimento alle strutture che erogano prestazioni specialistiche a livello ambulatoriale

Esempio: dotazione tecnologica; mancanza di offerta nello stesso settore nel territorio in cui è ubicata la struttura; esperienza e competenza dei professionisti con rapporto di collaborazione continuativo con la Struttura; criteri di qualità legati alla numerosità della casistica trattata

AZIONE: da definire all'interno dei nuovi requisiti di accreditamento

## Rete Emergenza-Urgenza

Nel secondo semestre 2012 si rileva un forte ritardo nella implementazione delle reti dell'emergenza urgenza. La regione ha predisposto un crono programma delle azioni che necessitava di sviluppi ed approfondimenti. L'Agenas ha più volte richiesto di procedere con l'istituzione del gruppo regionale di coordinamento dei DEA, condizione indispensabile per la realizzazione, il monitoraggio e la omogeneizzazione dei comportamenti della rete dell'emergenza ospedaliera. Anche qui è priorità del Dipartimento l'attivazione di questo tavolo anche allo scopo di favorire la necessaria cooperazione e continuità dei percorsi diagnostico terapeutici tra emergenza territoriale e od ospedaliera e tra queste e i distretti che governano il mondo delle cure primarie.

## 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:

- Il rapporto giuridico (fase 1)
- Il debito orario e le ore lavorate (fase 2)
- I rapporti economici (fase 1)

Nel secondo semestre 2012 emerge un forte ritardo nell'implementazione del flusso informativo sia da parte del Dipartimento regionale sia da parte della società incaricata alla realizzazione del software cw avrebbe dovuto apportare le modifiche concordate.

## Organizzazione

Nel secondo semestre 2012, seppur non risolte completamente le criticità rilevate dal Ministero, la Regione ha avviato il processo di approvazione degli atti aziendali proposte dalle Aziende. L'Agenas sta affiancando le Aziende nella definizione dei modelli organizzativi. Particolare attenzione viene richiesta dalle Aziende nella articolazione delle strutture semplici e complesse sulla base a) dei parametri già definiti per la rete ospedaliera con DPGR 18/2010 sulla base dei bacini di utenza, b) degli standard definiti dal Comitato LEA.

156



## Tariffe regionali

Nel mese di settembre 2012 è stato avviato il Gruppo di lavoro per la determinazione delle tariffe per le strutture di assistenza territoriale sulla base del Regolamento regionale n. 13/2009 sui requisiti di accreditamento.

Il gruppo di lavoro, attenendosi al dettato normativo, ha raccolto ed esaminato limitatamente all'attività ed ai costi delle strutture residenziali e riabilitative:

- la normativa nazionale e regionale in materia di tariffe sanitarie;
- i dati produttivi della Regione Calabria;
- i parametri e le indicazioni economiche ministeriali;
- dati e parametri economici resi disponibili dalle più accreditate agenzie nazionali

Sono stati realizzati modelli di calcolo per la determinazione dei costi delle diverse tipologie di strutture residenziali e delle diverse tipologie di prestazioni riabilitative al fine di definire il costo standard delle diverse prestazioni 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, oneri finanziari, ecc

Il percorso di determinazione dei costi è in fase di esame e di discussione con gli erogatori privati che hanno collaborato allo studio fornendo i dati economici e organizzativi relativi alle loro strutture.

### Tariffe delle prestazioni di laboratorio

Il numero 27 di Monitori presenta un modello Agenas sulla rete ospedaliera integrata con quella di emergenza-urgenza e quella territoriale. Il modello Agenas della rete ospedaliera prevede la creazione di reti di specialistiche tra i diversi ospedali e l'applicazione del concetto di Bacino di utenza per l'attivazione di punti di erogazione delle varie specialità. Nell'ambito dei laboratori è prevista un'unità produttiva per ogni spoke con un bacino di utenza compresa tra 150 000 e 300 000 assistiti mentre per le attività di microbiologia e virologia è prevista la localizzazione presso l'HUB dell'area con un bacino di utenza compreso tra 500 000 e 1 000 000 assistiti. Nella proposta di regolamento da parte del Ministero il bacino di utenza dell'HUB è stato incrementato nel range di 600 000 - 1 200 000 assistiti.

Durante la prima parte dell'anno è stato creato un modello di analisi dei costi delle prestazioni di laboratorio da applicare sulla situazione calabrese che ha dei requisiti specifici di accreditamento e di partenza. Il modello, da applicare in particolare per creare una base per le tariffe delle prestazioni di laboratorio dei privati, è stato approntato raccogliendo una serie di dati sia da parte di erogatori pubblici e privati purtroppo il gruppo non ha presentato il risultato finale in quanto la trattativa con gli erogatori privati si è interrotta. Nella seconda parte dell'anno il gruppo di lavoro ha ripreso l'attività con l'obiettivo di costruire un modello coerente con quanto previsto dalla proposta di regolamento da parte del Ministero della salute.

Questo modello è stato creato per un bacino di utenza complessivo (HUB e SPOKE) compreso tra 600 000 e 1 200 000 assistiti. Il livello inferiore è composto da un HUB (per 600 000 abitanti) e tre SPOKE (per 150 000 abitanti ciascuno; l'HUB fa anche SPOKE del proprio territorio) nel livello superiore è composto

da un HUB (per 1 200 000 abitanti) e tre SPOKE (per 300 000 abitanti ciascuno; l'HUB fa anche SPOKE del proprio territorio) .

La rete dei laboratori sarà quindi articolata tra gli HUB e gli SPOKE in modo da concentrare alcune prestazioni in un unico punto dell'area geografica mentre altre saranno prodotte presso ciascun presidio I volumi di produzione saranno notevoli e i costi di produzione ridotti.

I costi della rete così articolata saranno confrontati con il nuovo tariffario ambulatoriale proposto dal Ministero della salute alla fine del semestre Il confronto potrà evidenziare la possibilità della rete di produrre effettivamente le prestazioni dei laboratori alle tariffe presentate dal Ministero nonché i risvolti organizzativi che si potranno trarre da questo confronto.

Il lavoro si presentava alla fine del semestre a un buon punto e sarà completato entro il successivo 1° semestre 2013.

### **Standard di personale**

Il numero 27 di Monitori presenta un modello Agenas della rete ospedaliera integrata con quella di emergenza-urgenza e con quella territoriale Il modello Agenas di rete ospedaliera prevede la creazione di reti di specialistiche tra i diversi ospedali e l'applicazione del concetto di Bacino di utenza per l'attivazione di punti di erogazione delle varie specialità Le attività delle singole specialità saranno svolte o dall'ospedale HUB con un bacino di utenza compresa tra 500 000 e 1 000 000 assistiti oppure da un ospedale SPOKE con un bacino di utenza compresa tra 150 000 e 300 000 assistiti In autunno questi concetti sono stati ripresi nella proposta di regolamento da parte del Ministero incrementando il bacino di utenza dell'HUB al range 600 000 - 1 200 000 assistiti e lasciando quello dello SPOKE invariato.

Tra gli atti necessari per realizzare la nuova rete ospedaliera con questi standard spicca quella degli atti aziendali che definiscono l'organizzazione delle singole aziende Nella definizione dell'organizzazione è necessario considerare, oltre le strutture complesse, anche quelle semplici, gli incarichi ecc nonché l'organico relativo .

La normativa a supporto di questo lavoro non è aggiornata e il disegno organizzativo può, di conseguenza, essere influenzato più da situazioni contingenti che da considerazioni razionali.

Durante il semestre considerato è stato ripreso il lavoro svolto per la regione Calabria nel primo semestre 2012 riconsiderando una serie di concetti, tra cui la differenziazione tra l'organizzazione dei clinici e quella del personale di assistenza (cosiddetta organizzazione per intensità di cura) Il concetto di base di questa suddivisione è che un razionale organizzazione dell'assistenza richiede delle unità abbastanza grandi (intorno a circa 30 PL) mentre l'articolazione delle specialità cliniche, che tende sempre ad effettuare meno ricoveri ordinari e più day hospital e prestazioni ambulatoriali, hanno sempre meno bisogno di reparti per i ricoveri ordinari.

Sulla scorta delle difficoltà del lavoro svolto con alcuni presidi calabresi, durante il semestre è stato definito un metodo più snello che richiede delle rilevazioni meno precise in quanto basate su degli standard da applicare sui flussi obbligatori (ricoveri e prestazioni ambulatoriali) e sugli standard legati all'assistenza del pronto soccorso.

La metodologia è stata presentata e condivisa nel gruppo di ricerca corrente “Elaborazione di Linee guida di indirizzo e criteri operativi per la strutturazione e il dimensionamento degli ospedali” Si intende effettuare alcune applicazioni sperimentali in qualche regione prima di presentare il metodo per un utilizzo più vasto.

## Regione Campania

Nel secondo semestre del 2012, Agenas ha continuato a supportare l'azione del Commissario e dell'unico sub Commissario rimasto con delega piena a partire dal 23 marzo L'attività è stata ulteriormente sviluppata sui settori finanziari, contabili, organizzativi e programmatori, in modo coordinato e sistemico con il gruppo degli addetti della struttura commissariale e delle due Aree Generali di Coordinamento 19 e 20 dell'Assessorato alla Sanità della Regione Campania E' stata data prosecuzione al lavoro iniziato a partire dalla nomina del primo sub Commissario nell'ottobre del 2009 volto a raggiungere gli obiettivi prioritari definiti e risollecitati dal Consiglio dei Ministri e analogamente dai successivi adempimenti disposti dal Tavolo tecnico con il Comitato permanente per la verifica ei LEA Tali ultimi adem-

pimenti e sollecitazioni sono state disposti il 13 di novembre 2012. E hanno sottolineato la necessità di precise ed ulteriori iniziative della Regione anche oltre l'attività specifica del commissariamento governativo avendo rilevato ancora situazioni critiche.

### **Dati finanziari e fatti contabili**

In particolare, nel periodo considerato, è da sottolineare l'estrema fragilità dei dati finanziari e della rappresentazione dei fatti contabili. La Regione Campania non ha ancora provveduto, infatti, al conferimento al proprio Servizio Sanitario delle importanti spettanze dovute già erogate dallo Stato e, a fronte di tale situazione, è stato segnalato che:

- i tempi di pagamento delle Aziende Sanitarie campane risultano nell'agosto del 2012 pari a 789 giorni;
- il mancato trasferimento di risorse dalla Regione al SSR impedisce di proseguire il piano dei pagamenti avviato e che necessita di liquidità per chiudere gli accordi con i creditori;
- risulta una notevole criticità rappresentata dalle carte contabili non regolarizzate di Aziende Sanitarie: nella Asl Napoli1 e anche nella Asl Napoli3 complessivamente per oltre un milione di Euro;
- si deducono comportamenti contabili da parte di altre aziende che non sono rispettosi delle linee guida alla compilazione degli stati patrimoniali, i quali conseguentemente determinano una errata lettura dei fatti contabili;
- si evidenziano iniziative intraprese per l'attuazione del decreto legislativo 118/2011 con richiesta di relazionare ulteriormente in merito ai previsti sviluppi delle attività

### **Andamento economico - finanziario - patrimoniale**

Sulla base della relazione inviata sull'andamento economico trimestrale al Tavolo e Comitato dalla Regione e curata dall'advisor, si constata un forte miglioramento: la stima è a chiudere per l'anno 2012 con una perdita di 173 mln. A prescindere dal livello di produzione degli erogatori privati che non risultano essere contrattualiz-

zati per 74 mln di euro e dagli elementi di rischio dovuti alle mancate regolarizzazioni delle carte contabili .

Alla luce di quanto valutato nella riunione del Tavolo e Comitato del 13 novembre c a , anche al fine di non compromettere l'andamento del piano dei pagamenti verso i fornitori già in atto, sono stati quindi erogati alla regione una quota delle spettanze residue a tutto l'anno 2011, pari a 567 mln di euro, per un importo di 300 mln di euro subordinatamente all'invio di un piano di trasferimenti delle risorse al Servizio Sanitario Regionale da parte del bilancio regionale (pari, alla data, a 1 272 mln di euro) tale da assicurare il trasferimento al SSR di 400 mln di euro o parte di essi entro il 31 12 2012 e tale da assicurare l'integrale trasferimento di tutte le risorse entro il 31 12 2013; le risorse erogate saranno ad ogni modo, proporzionate alla percentuale di risorse sbloccate dal bilancio regionale.

## Il monitoraggio del Piano di Rientro

Relativamente al monitoraggio del Piano di rientro sono emersi in particolare situazioni positive e situazioni contraddittorie:

- quanto all'accreditamento istituzionale vi sono stati progressi e iniziative volte a ricondurre la normativa regionale in materia nell'ambito dei principi stabiliti dal quadro normativo nazionale;
- quanto alla rete ospedaliera si deve ancora procedere nel processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e rispondere alle esigenze della popolazione con servizi appropriati di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale E' stato richiesto un atto ricognitivo e di monitoraggio che assicuri la coerenza tra i provvedimenti già assunti e quanto definito dal DL 95/2012 convertito con Legge 135/2012,
- quanto a Soresa è richiesta la produzione di una unica e organica relazione che affronti tutte le criticità del sistema degli acquisti a supporto delle Aziende sanitarie e le altre funzioni specifiche relativamente al piano dei pagamenti
- quanto al superamento dei profili di incostituzionalità rilevati sulle diverse leggi impugnate e il superamento delle leggi in contrasto con il Piano di rientro e con i Programmi operativi, sono stati richiesti provvedimenti risolutivi

- in merito al personale restano in attesa delle informazioni e dei chiarimenti richiesti sui fondi contrattuali;

l'acquisto di prestazioni sanitarie, da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, richiede chiarimenti sull'effettiva valorizzazione del consuntivo 2011 come base di calcolo per l'applicazione dell'art 15, comma 14 D L n 95/2012 convertito in legge n 135/2012,;

in merito alla verifica degli adempimenti LEA si sono rilevate ancora criticità in ordine all'attuazione del progetto tessera sanitaria in particolare con riferimento al basso numero di medici invianti.

### Le azioni del Programma Operativo

In relazione alle criticità in essere e al fine di consolidare e rendere effettivamente strutturali gli interventi previsti nel Piano di rientro - la cui realizzazione sta avvenendo tuttavia con notevoli ritardi - Tavolo e Comitato hanno richiesto alla struttura commissariale il 13 di novembre di redigere ed adottare il Programma operativo per gli anni 2013-2015 entro 31 dicembre 2012 .

Il Programma Operativo 2013-2015 è stato predisposto e indica le nuove azioni specifiche di promozione dell'efficienza gestionale aziendale, di governo regionale, di monitoraggio, degli obiettivi di appropriatezza, che sono state rappresentate per risolvere alcune criticità riconosciute e segnalate. Con la collaborazione di Agenas è stata redatta, ed inviata nei termini, una prima versione del Programma Operativo, il cui indice di lavoro è di seguito evidenziato

#### Tabella 10 – Indice di lavoro Programma Operativo

##### Premessa e quadro normativo - 8

##### 1 Area: Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale

1 1 Indicatori demografici, sociosanitari e struttura della popolazione - 10

1 2 Il Piano di rientro, il commissariamento e i Programmi operativi: risultati conseguiti negli anni 2007-2012 e valutazione dei tavoli - 15

1 3 Tendenziali e programmatici 2013-2015 - 23

Sintesi delle manovre - 27

## 2 Area: Governo del Sistema

Programma 1: Governance del PO - 28

Intervento 1 1: Potenziamento del nucleo di coordinamento 28

Intervento 1 2: Rimozione provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo - 30

Intervento 1 3: Adempimenti LEA - 32

Intervento 1 4: Regolarizzazione carte contabili - 33

Programma 2: Attuazione del decreto legislativo n 118/2011 - 35

Intervento 2 1: Attuazione delle disposizioni del DL 118/2011 - 35

Intervento 2 2: Trasferimento delle risorse destinate al S S R dal bilancio regionale alla G S A - 36

### Programma 3: Certificabilità dei bilanci del SSR

Intervento 3 1: Certificabilità dei bilanci del SSR - 38

Azione 3 1 1: Attuazione art 79 Legge n 133/2008 - 38

### Programma 4: Flussi informativi

Intervento 4 1: Individuazione di una funzione dedicata di raccordo e coordinamento per tutti i flussi informativi di riferimento - 39

Intervento 4 2 Flussi informativi (NSIS) consolidati - 41

Azione 4 2 1: Tessera sanitaria - 41

Azione 4 2 2: Dematerializzazione delle ricette (Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 02 11 2011) - 41

Azione 4 2 3: Flussi informativi farmaceutica - 42

Azione 4 2 4: Flusso Emergenza Urgenza (EMUR) - 45

Azione 4 2 5: Sistema Informativo Dipendenze - 46

Azione 4 2 6: Flusso SDO - 48

Intervento 4 3: Realizzazione e implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS - 48

Azione 4 3 1: Flussi FAR e SIAD - 48

Azione 4 3 2: Flusso Hospice - 51

Responsabile del procedimento attuativo - 53

Azione 4 3 3: Sistema Informativo Salute Mentale - 53

Azione 4 3 4: Sistema informativo per il Monitoraggio della Rete di Assistenza - 54

Intervento 4 4: Potenziamento e miglioramento dei flussi informativi gestionali e contabili Implementazione nuovi flussi - 55

#### Programma 5: Accredитamento

Intervento 5 1: Proseguimento del processo di accredитamento istituzionale - 59

Azione 5 1 1: Processo di accredитamento istituzionale - 59

#### Programma 6: Contabilità analitica

Intervento 6 1: Contabilità analitica - 61

#### Programma 7: Rapporti con gli erogatori

Intervento 7 1: Ricognizione e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni territoriali - 63

Intervento 7 2: Compartecipazione alla spesa sociosanitaria - 65

Intervento 7 3: Programma dei controlli di appropriatezza e di congruenza tra cartella clinica e SDO - 66

Intervento 7 4: Tetti di spesa e stipula intese e contratti - 68

Azione 7 4 1 Assistenza ospedaliera - 68

Azione 7 4 2: Prestazioni specialistica ambulatoriale - 71

Azione 7 4 3: Riabilitazione territoriale, salute mentale e RSA - 71

Azione 7 4 4 Assistenza termale, integrativa, protesica e file F - 72

Intervento 7 5: Sperimentazioni gestionali - 72

Intervento 7 6: Protocolli d'intesa Regione-Università - 73

Valorizzazione Programma 7: Rapporti con gli erogatori - 74

Intervento 7 4: Tetti di spesa e stipula intese e contratti 74

Azione 7 4 1: Assistenza ospedaliera - 74

#### Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini

Intervento 8 1: Formazione del personale - 75

Intervento 8 2: Promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie e azioni finalizzate alla rilevazione della qualità percepita dagli utenti/cittadini - 76

3 Area: Razionalizzazione dei fattori produttivi - 79

#### Programma 9: Razionalizzazione spesa

Intervento 9 1: Ottimizzazione acquisto beni e servizi - 79

Intervento 9 2: Assistenza farmaceutica - 84

Azione 9 2 1: Omogeneizzazione dei sistemi di Distribuzione per conto (DPC) - 84

Intervento 9 3: Health Technology Assessment - 85

Intervento 9 4: Monitoraggio dei tempi di pagamento - 87

Valorizzazione Programma 9: Razionalizzazione spesa - 88

Intervento 9 1: Ottimizzazione acquisto beni e servizi - 88

Azione 9 1 2: Riduzione della spesa sanitaria - 88

Intervento 9 2: Assistenza farmaceutica - 88

Azione 9 2 1: Omogeneizzazione dei sistemi di Distribuzione per conto (DPC) - 88

#### Programma 10: Gestione del personale

Intervento 10 1: Contenimento della spesa per il personale - 90

Azione 10 1 1: Sblocco parziale del turn over e politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2013-2015 - 90

Azione 10 1 2: Personale Convenzionato per la specialistica ambulatoriale - 92

Azione 10 1 3: Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa - 94

Azione 10 1 4: Prestazioni aggiuntive - 96

Azione 10 1 5: Interventi derivanti dal DL 6 luglio 2012, n 95 - 97

Azione 10 1 6: Ridefinizione delle strutture organizzative e Programmazione delle Risorse Umane - 97

Azione 10 1 7: Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva (buoni pasto) - 98

Azione 10 1 8: Verifica sull'esercizio di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza ed eventuale riallocazione - 99

Azione 10 1 9: Contenimento costi apparati amministrativi e consulenze - 99

Valorizzazione Programma 10: Gestione del personale - 100

Intervento 10 1: Gestione del personale - 100

Azioni 10 1 1: Attivazione sblocco del turn over e politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2013-2015 - 100

Azione 10 1 2: Personale Convenzionato per la specialistica ambulatoriale - 102

4 Area "Livelli Essenziali di assistenza" - 104

4 1 "Prevenzione" - 104

### Programma 11: Sanità pubblica

Intervento 11 1: Attività di prevenzione rivolta alle persone - 104

Azione 11 1 1: Corso di formazione: declinare localmente il piano regionale di prevenzione, monitorando e valutando i progetti - 105

Azione 11 1 2: Corso di formazione: comunicare la salute per realizzare il piano regionale di prevenzione in Campania - 106

Intervento 11 2: Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro - 106

## Programma 12: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Intervento 12 1: Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare - 109

## Programma 13: Reti assistenziali per intensità di cure

Intervento 13 1: Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke - 116

Intervento 13 2: Definizione dei percorsi di cura e dei percorsi diagnostico terapeutici relativi alle principali patologie croniche - 117

Intervento 13 3 : Prevenzione del piede diabetico attraverso l'attuazione del disease management Individuazione della rete assistenziale regionale - 121

## Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio

Intervento 14 1: Rete ospedaliera e riconversioni - 125

Azione 14 1 1: Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post acuti - 125

Azione 14 1 2: Dismissione e riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività - 126

Azione 14 1 3: Emanazione o aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali - 128

Intervento 14 2: Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico - 130

Azione 14 2 1: Cure Palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico - 130

Azione 14 2 2: Attivazione di Hospice adulti e Centri residenziali per le cure palliative per minori - 133

Intervento 14 3: Assistenza primaria - 135

Azione 14 3 1: Accordi MMG/PLS - 135

Azione 14 3 1 1: Requisiti e funzioni minime dell'unità complessa delle cure primarie (UCCP) - 135

Azione 14 3 2: Perfezionamento rete laboratoristica pubblica - 138

- Azione 14 3 3: Riorganizzazione rete laboratoristica privata - 139
- Azione 14 3 4: Piano Regionale di contenimento delle liste di attesa - 141
- Intervento 14 4: Assistenza territoriale - 142
- Azione 14 4 1: Il processo di riconversione delle strutture verso l'appropriatezza dell'offerta - 144
- Azione 14 4 2: Implementazione sistema di verifica dell'appropriatezza e dei risultati degli interventi dei profili riabilitativi - 146
- Azione 14 4 3: Pianificazione e/o riconversione posti letto di strutture riabilitazione estensiva territoriale (RIA ex art 26 legge 833) - 147
- Azione 14 4 4: Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in RSA per disabili - 149
- Azione 14 4 5: Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in RSA per cittadini ultrasessantacinquenni non autosufficienti e cittadini affetti da demenza senile o da Alzheimer - 150
- Azione 14 4 6: Attivazione posti letto in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali - 152
- Azione 14 4 7: Attivazione posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti - 153
- Azione 14 4 8: Attivazione posti letto per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività - 155
- Azione 14 4 9: Potenziamento dell'assistenza domiciliare - 156
- Azione 14 4 10: MMG e Cure Domiciliari - 158
- Valorizzazione Programma 14: Riequilibrio Ospedale-territorio - 161
- Intervento 14 2: Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico - 161
- Azione 14 2 1: Attivazione di Hospice adulti e Centri residenziali per le cure palliative per minori - 161
- Intervento 14 3: Assistenza primaria - 162

Azione 14 3 1 2: Adesione al Governo Clinico e sviluppo del Sistema Informativo Regionale - 162

Intervento 14 4: Riorganizzazione e attivazione della rete di assistenza territoriale - 162

Azione 14 4 3: Pianificazione e/o riconversione posti letto di strutture riabilitazione estensiva territoriale (RIA ex art 26 legge 833) - 163

Azione 14 4 4: Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in RSA per disabili - 164

Azione 14 4 5: Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in RSA per cittadini ultrasessantacinquenni non autosufficienti, cittadini affetti da demenza senile o Alzheimer - 165

Azione 14 4 6: Attivazione posti letto in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali - 166

Azione 14 4 7: Attivazione posti letto in comunità residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti - 167

Azione 14 4 8: Attivazione di posti letto per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività - 168

#### Programma 15: Rete Emergenza-Urgenza

Intervento 15 1: Riqualificazione rete emergenza - urgenza - 170

Intervento 15 2: Riorganizzazione rete trasfusionale - 172

Azione 15 2 1: Accreditamento servizi trasfusionali - 174

Azione 15 2 2: Razionalizzazione del modello organizzativo - 174

Azione 15 2 3: Sicurezza trasfusionale - 175

Azione 15 2 4: Progetto di formazione - 176

#### Programma 16: Sanità penitenziaria

Intervento 16 1: Ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR e nuove prioritarie implementazioni per la tutela della salute in carcere - 177

Intervento 16 2: Programma per il definitivo e completo superamento degli OPG della Campania -181

## Programma 17: Assistenza farmaceutica

- Intervento 17 1: Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale - 189
- Azione 17 1 1: Sviluppo di un sistema di reporting/indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva - 190
- Azione 17 1 2: Incentivazione alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci di minor costo - 191
- Azione 17 1 3: Distribuzione ossigeno liquido - 192
- Azione 17 1 4: Razionalizzazione della distribuzione dei presidi per diabetici - 193
- Azione 17 1 5: Applicazione Decreto Commissariale 33/2012: induzione farmaceutica - 194
- Azione 17 1 6: Budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria - 197
- Intervento 17 2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera - 197
- Azione 17 2 1: Monitoraggio procedure di rimborso condizionato - 197
- Azione 17 2 2: Revisione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (P T O R ) - 198
- Azione 17 2 3: Implementazione di un sistema di indicatori delle performance aziendali - 200
- Azione 17 2 4: Elaborazione linee guida e percorsi diagnostico terapeutici - 201
- Intervento 17 3: Compartecipazione alla spesa - 202
- Azione 17 3 1: Compartecipazione assistenza specialistica ambulatoriale, termale e per codici bianchi di Pronto Soccorso - 202
- Azione 17 3 2: Compartecipazione alla spesa farmaceutica - 204
- Valorizzazione Programma 17: Assistenza farmaceutica - 206
- Intervento 17 1: Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale - 206

Azione 17 1 1: Sviluppo di un sistema di reporting/indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva - 206

Azione 17 1 2: Incentivo alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto - 207

Azione 17 1 3: Distribuzione ossigeno liquido - 209

Azione 17 1 4: Razionalizzazione della distribuzione dei presidi per diabetici - 209

Azione 17 1 5 Applicazione Decreto Commissariale 33/2012: induzione farmaceutica - 209

Intervento 17 2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera - 210

Azione 17 2 2: Revisione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (P T O R ) - 210

#### Programma 18: Sicurezza e rischio clinico

Intervento 18 1: Sicurezza e rischio clinico - 211

#### Programma 19: Attuazione del Piano dei pagamenti

Intervento 19 1: Attuazione del Piano dei pagamenti - 214

### Osservazioni di sintesi

Una sintetica valutazione sui principali obiettivi definiti, sui risultati e le criticità emerse, aggiornata al secondo 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; con la necessità di procedere ulteriormente nel processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e di rispondere alle esigenze della popolazione con servizi di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale. Riordino della rete di emergenza. Verifica della coerenza tra i provvedimenti assunti e quanto definito dal DL 95/2012;
- rideterminazione e corretta imputazione dei fondi integrativi del personale;

- emanazione di documenti di indirizzo relativi all'area Emergenza-Urgenza e monitoraggio conseguente; grazie un particolare contributo degli esperti di Agenas;
- stipula dei protocolli di intesa con le università degli studi;
- sanità veterinaria;
- progressi nell'accreditamento definitivo per le strutture di ricovero e ambulatoriali
- nomine di tutti direttori generali di tutte le AASS;
- avvio del piano dei pagamenti del debito sanitario con stipula degli accordi con le associazioni di categoria e con i fornitori; con un imponente lavoro svolto ai fini della certificazione dei relativi crediti;
- superamento degli adempimenti LEA per l'anno 2007 e 2008; per il 2009 inadempienza per la lettera d), per il 2010 in particolare inadempienza per la tessera sanitaria e accordi integrativi con medici di base;
- indirizzi sugli atti aziendali;
- processo in itinere per la realizzazione delle corrette procedure contabili e gestionali;

## Regione Lazio

Nell'ambito della Regione Lazio, è stato avviato un proficuo processo di supporto e affiancamento in attività connesse al sistema sanitario regionale. A tal fine, in data 6 novembre 2012 è stata sottoscritta una specifica convenzione con l'allora Commissario Enrico Bondi.

In particolare, l'attività svolta ha avuto come oggetto l'affiancamento e il supporto tecnico nelle seguenti materie:

- rete ospedaliera;
- rete territoriale;
- rete laboratoristica;

- spending review;
- rimodulazione delle dotazioni organiche;
- processi di accentramento degli acquisti e della logistica intra-aziendale;
- HTA;
- accreditamento istituzionale.

## Regione Liguria

Nel corso del 2° semestre 2012 l'attività ha riguardato tre temi:

- 1) la revisione della rete ospedaliera in attuazione del d l 95/2012 convertito con la l 135/2012;
- 2) la predisposizione di un documento con il quadro di riferimento per pervenire agli accordi contrattuali con le aziende ospedaliere, a partire da quelle non regionali (Ente Galliera e Ospedale Evangelico Internazionale);
- 3) la predisposizione del rapporto sulla gestione 2011

Il primo documento, revisione della rete ospedaliera, partendo dal nuovo contesto normativo nazionale in materia di tasso di ospedalizzazione, dotazione di posti letto, numero di strutture complesse e piccoli ospedali:

- analizza la dotazione regionale a livello delle tre aree ottimali definite dalle Regione: territorio delle ASL 1 + ASL 2, corrispondente alle province di Imperia e Savona, ASL 3, sostanzialmente corrispondente all'area metropolitana di Genova, ASL 4 + ASL 5, corrispondente a parte della provincia di Genova e alla provincia di La Spezia;
- utilizzando l'apposita metodologia predisposta dall'Agenas, propone per ogni area i posti letto e le strutture per ogni specialità.

Il secondo documento, relativo agli accordi contrattuali con le aziende ospedaliere, partendo dall'analisi del contesto normativo:

- analizza le alternative possibili relativamente al finanziamento tarif-

fario ed extra-tariffario, in relazione alle tendenze evolutive a livello nazionale e regionale in materia. Il rapporto dedica particolare attenzione alle tendenze evolutive in materia di finanziamento tariffario (evoluzione della TUC, nuove tariffe massima nazionali) ed extra-tariffario (limite al finanziamento delle funzioni posto dal d.l. 95/2012 convertito con la l. 135/2012);

- formula prime ipotesi per il passaggio dall'attuale sistema, di fatto basato sul finanziamento nell'ambito del riparto del Fondo Sanitario Regionale, assieme alle ASL, con criteri parametrici e correttivi basati sulla spesa storica, al nuovo sistema degli accordi contrattuali basati sulla remunerazione tariffaria delle prestazioni ed extra-tariffaria delle funzioni svolte;
- sviluppa simulazioni dell'applicazione delle ipotesi formulate.

Il terzo documento, rapporto sulla gestione del servizio sanitario regionale nel 2011, segue i precedenti rapporti predisposti per la gestione 2009 e 2010, con ulteriori approfondimenti.

Il rapporto 2011 sviluppa il confronto tra le performance economico-gestionali delle aziende sanitarie da due punti di vista:

- i costi e i consumi pro capite;
- l'efficienza nella produzione ospedaliera ed ambulatoriale, calcolata tramite il rapporto tra costi della produzione e la sua valorizzazione tariffaria.

Il rapporto dedica particolare attenzione alle congruenze e criticità riscontrate analizzando i costi rilevati nel modello LA, alla luce del nuovo ruolo di tale modello nel governo del SSN in attuazione dei decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale. In particolare:

- a decorrere dal 2013 i costi rilevati con il modello LA nelle tre regioni che saranno individuate come benchmark costituiranno la base per costruire i costi standard che, unitamente ai fabbisogni standard, costituiranno il riferimento cui rapportare il finanziamento della spesa sanitaria;

- i costi rilevati con il modello LA saranno allegati alla relazione sulla gestione delle aziende sanitarie regionali e, a livello consolidato, alla relazione regionale sulla gestione del SSR;
- i costi rilevati con il modello LA verranno utilizzati a livello nazionale per la valutazione delle performance regionali .

Atteso il nuovo ruolo assunto dal modello LA, il rapporto 2011 evidenzia le principali anomalie riscontrate in quello relativo al 2011, al fine di richiamare l'attenzione delle aziende nella costruzione delle matrici e del modello LA 2012 e di pervenire ad una maggiore omogeneità nella sua compilazione.

Il rapporto, relativamente all'assistenza collettiva e distrettuale (esclusa l'attività ambulatoriale e socio-sanitaria residenziale), sviluppa il confronto tra le ASL non solo a livello di costi ma, anche, a livello di dotazione di personale. Per tali livelli, infatti, non è disponibile un sistema tariffario utilizzabile per confronti sintetici tra costi e valorizzazione della produzione.

Relativamente all'assistenza ospedaliera, il rapporto affianca all'analisi a livello globale approfondimenti settoriali:

- analisi del rapporto tra costi della produzione e valorizzazione tariffaria dei c d "servizi intermedi" (laboratorio analisi, radiologia ecc );
- prime valutazioni sulla composizione dei costi ospedalieri: personale, beni di consumo, ribaltamento dei servizi sanitari intermedi, costi generali;
- prime valutazioni sulla composizione dei costi ospedalieri e sul rapporto tra costi della produzione e valorizzazione tariffaria a livello di singoli reparti di degenza;
- analisi dei costi e dell'attività dei servizi di pronto soccorso, anche al fine di definire un nuovo sistema di remunerazione dell'attività svolta da tali servizi, sempre più determinanti nel funzionamento delle reti ospedaliere

## Regione Molise

Con riferimento alla Regione Molise, l'Agenas ha collaborato alla stesura del Piano Sanitario Regionale 2013-2015 ed ha elaborato pareri sulle attività della regione.

In particolare i diversi pareri hanno riguardato le seguenti attività:

- riorganizzazione delle articolazioni Territoriali del Dipartimento di prevenzione;
- costituzione della Conferenza Permanente per la Programmazione Sanitaria e Socio Sanitaria Regionale e nomina dei componenti;
- valutazione della stima del fabbisogno assistenziale, per le strutture del servizio sanitario della Regione, finalizzato al rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie pubbliche e private;
- autorizzazione ed accreditamento di alcune strutture all'erogazione di prestazioni in regime di Day Service, limitatamente ai Pacchetti Ambulatoriali Complessi per le quali le stesse strutture già erogano prestazioni in regime di ricovero ordinario e/o di Day Hospital – DaySurgery, oppure prestazioni in regime ambulatoriale;
- indicazioni operative per l'attivazione del Registro Tumori di popolazione della Regione, del Registro unico di mortalità, del Registro mesoteliomi;
- costituzione della nuova ala ospedaliera IrccsNeuromed di Pozzilli;
- adozione della direttiva per la redazione dell'atto aziendale dell'A S Re M;
- definizione dei tetti di spesa regionali per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, ivi comprese le prestazioni di riabilitazione ex art 26, dagli erogatori privati per l'anno 2012;
- numero di prestazioni erogate in ambito territoriale nel periodo compreso tra il 2009 e 2011;
- contenzioso civile in atto con le strutture IRCCS Neuromed di Pozzilli e Università Cattolica del Sacro Cuore di Campobasso;

- procedimento per l'eventuale sospensione dalle funzioni del direttore generale dell'ASReM;
- stato di attuazione del Piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera;
- protocollo d'intesa tra Regione Molise, Università degli Studi del Molise e ASReM per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali;
- convenzione tra la Regione Molise e alcune Istituzioni Socio-Assistenziali;
- progetto di Piano Sanitario Regionale 2013-2015;
- programmi operativi 2013-2015;
- accreditamento di alcuni istituti riabilitativi per le prestazioni di riabilitazione in regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno;
- autorizzazione e accreditamento dell'IRCCS Neuromed;
- approvazione delle tariffe per fascia di assistenza, delle linee guida e regolamentari di ammissione degli assistiti nelle residenze sanitarie assistenziali pubbliche e private della Regione Molise.

## Regione Puglia

Nella parte finale del semestre considerato, l'Agenzia ha operato attivamente al fine di fornire adeguato supporto tecnico operativo nell'ambito della definizione delle reti di offerta, segnatamente le reti di emergenza urgenza e la rete cardiologica.

Tali attività, attesa l'importanza delle stesse, nonché i relativi riflessi sull'offerta sanitaria della Regione, proseguirà anche per il 2013.

## Regione Sardegna

In riferimento a quanto evidenziato già nella relazione del semestre precedente, circa la progettazione, tra Agenas e la Regione Sardegna, del processo formativo e del programma tecnico-scientifico di formazione dell'alta dirigenza del Sistema Sanitario Regionale, (Direttori Generali, Direttori Sanitari e Direttori Amministrativi

delle aziende sanitarie pubbliche della Sardegna), nel periodo considerato si è dato inizio al corso di formazione che proseguirà nel corso del 2013.

## Regione Siciliana

Nel secondo semestre del 2012 si è data continuità ai processi avviati nel periodo precedente. Di seguito si riportano le linee d'intervento attivate presso la Regione Sicilia:

- a) Sistema obiettivi dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali
- b) Progetto di supporto al governo aziendale dei Piani Attuativi
- c) Rimodulazione della rete ospedaliera e integrazione con la rete territoriale
- d) Realizzazione di Dipartimenti Amministrativi Interaziendali nell'Area Metropolitana di Messina
- e) Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione farmaceutica
- f) Progetto di supporto alla costituzione di un modello di dipartimento interaziendale nell'area metropolitana di Catania

Al fine di contestualizzare le attività operative all'interno delle dinamiche proprie del sistema regionale, è utile ricordare che il secondo semestre del 2012 ha visto la riconferma come Commissari Straordinari di 16 su 17 Direttori Generali incaricati (un Direttore ha la scadenza del mandato a fine marzo 2013) in seguito alla naturale scadenza del loro mandato. Ancor più rilevante è stato l'esito delle elezioni regionali, anticipate al mese di ottobre 2012 a seguito delle dimissioni dell'allora Presidente Raffaele Lombardo. La nuova Giunta regionale, presieduta da Rosario Crocetta, ha indicato nella persona di Lucia Borsellino il nuovo Assessore della Salute.

A fronte della sintesi presentata in merito al quadro regionale, i paragrafi seguenti dettagliano le attività condotte dal gruppo di lavoro Agenas (di seguito GdL) relativamente alle linee sopra riportate.

## Sistema Obiettivi 2012

A seguito dell'assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie è stato dato avvio, come avvenuto negli anni precedenti, al processo di monitoraggio e accompagnamento attuato attraverso la pianificazione di tre serie incontri con le direzioni strategiche delle aziende. Seguendo la linea di intervento consolidata nel 2011, il confronto con le Direzioni è stato operato privilegiando, rispetto alla logica della verifica valutativa, una prospettiva di condivisione del lavoro svolto, con un'attività di supporto e, dove necessario, di riallineamento sugli obiettivi concordati.

Complessivamente, nell'arco dell'anno 2012, sono state svolte tre serie di incontri:

- prima serie – dal 17 al 24 maggio
- seconda serie – dal 02 al 09 agosto
- terza serie – dal 26 novembre al 19 dicembre.

Nello specifico, l'ultima serie di incontri è stata svolta in un arco di tempo maggiore in quanto, nel mese di dicembre, l'Assessore Borsellino ha proceduto alla nomina di un nuovo Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa.

Seguendo la metodologia utilizzata nel corso dell'anno precedente, ciascuna serie di incontri ha visto la predisposizione di una reportistica ad hoc articolata in due sezioni specifiche:

- 1) principali punti di attenzione da sottoporre alla Direzione Generale dell'Assessorato della Salute;
- 2) schema di sintesi degli incontri con evidenza delle note e degli appunti mossi dalle Direzioni Generali relativamente a obiettivi specifici.

Nel dettaglio, lo schema di sintesi si presenta sotto forma di matrice, al fine di incrociare le singole Aziende con gli obiettivi di competenza. Inoltre, sono state predisposte due distinte griglie d'analisi alla luce della diversa tipologia di contesto che connota le Aziende Sanitarie Provinciali (di seguito ASP) dalle Aziende Sanitarie Ospedaliere (di seguito ASO).

A margine di ciascuna serie di incontri, il GdL ha proceduto con l'invio della reportistica sopra descritta all'Assessorato della Salute e alle Direzioni Generali delle Aziende al fine di condividere i risultati intermedi, e le eventuali criticità, relative allo stato di avanzamento degli obiettivi assegnati.

In seguito allo svolgimento dell'ultima fase di monitoraggio, avvenuta nel mese di dicembre 2012, le Direzioni hanno ricevuto dall'Assessorato della Salute la nota di richiesta della documentazione a supporto dei risultati conseguiti dalle stesse con riferimento 2012. La consegna dei documenti oggetto è stata prevista entro il 25 gennaio 2013. Acquisita la documentazione, gli uffici dell'Assessorato procederanno alla valutazione della stessa e restituiranno formale riscontro in merito al raggiungimento o meno degli obiettivi assegnati.

## Progetto di supporto al governo dei piani attuativi aziendali

### Sintesi dei riferimenti normativi

Il Piano attuativo delle Aziende sanitarie del Servizio Sanitario regionale (di seguito PAA) è, ai sensi dell'art 5 della legge regionale 5 del 14 aprile 2009, 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. 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 previa la verifica di congruenza e compatibilità con la programmazione sanitaria regionale svolta dall'Assessorato della Salute.

Inoltre, la normativa indica altresì che le azioni inserite nei PAA debbano tenere 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 approva-

to 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, predisposte dall'Assessorato al fine coordinare la redazione dei PAA, contemplano un modello unico di documento per le Aziende Sanitarie Provinciali, in capo alle quali risiede la responsabilità della compilazione del Piano in riferimento al territorio provinciale di pertinenza. In particolare, al fine di favorire l'integrazione dell'assistenza, alle Aree Metropolitane di Palermo, Catania e Messina è stato richiesto di redigere un unico PAA per ciascuna area in collaborazione con le Aziende Ospedaliere e Ospedaliere Universitarie presenti nei rispettivi territori provinciali.

### **Il progetto di supporto al governo dei Piani Attuativi Aziendali: il contributo di Agenas**

A seguito della definizione dei PAA triennali, il GdL Agenas, in accordo con l'Assessorato della Salute, si è attivato per supportare le Aziende sia nella stesura dei Piani annuali che nell'implementazione delle attività previste per il 2012 secondo una logica di project management.

Nello specifico, sono state condivise con l'Assessorato le modalità di gestione dei Piani, realizzate attraverso una serie di incontri mensili con le Aree Provinciali e con le Aree metropolitane svolti nel periodo settembre-dicembre 2012. Per ogni Area si è proceduto con l'individuazione di un Referente PAA, un Comitato PAA e di un Gruppo di Coordinamento PAA il cui ruolo e le funzioni risultano le seguenti:

- il Coordinatore PAA svolge una funzione di referente e segretario;
- Il Gruppo di Coordinamento PAA è formato dai Responsabili dei 15 capitoli che compongono il Piano;

- Il Comitato PAA si compone dei DG delle Aziende dell'Area Metropolitana/Provinciale, della Dirigente dell'Area Interdipartimentale 2, dott ssa Marzia Furnari, del Coordinatore del PAA e del consulente Agenas

Con riferimento alle Aree Metropolitane, il GdL Agenas ha svolto due incontri mensili con i componenti del Gruppo di Coordinamento PAA. I due incontri sono stati dedicati ad accompagnare il monitoraggio relativo al SAL rispetto alle azioni previste nel PAA (tempi/ benefici) secondo una logica di project management. Inoltre, è stato realizzato un incontro mensile con il Comitato PAA per condividere le evidenze emerse nei due incontri aziendali e discutere le eventuali revisioni, indicando le azioni correttive da attivare per recuperare eventuali ritardi o perdite sui benefici. Diversamente, per le Aree Provinciali, vista la minore complessità di gestione, è stato svolto un unico incontro mensile con il Comitato PAA dedicato a condividere lo stato di avanzamento dei lavori e le eventuali azioni correttive.

A conclusione del calendario incontri Piani Attuativi Aziendali 2012, Agenas, in condivisione con l'Assessorato, ha dato comunicazione alle Aziende della modalità di valutazione degli stessi. Inoltre, è stata richiesta formalmente la produzione di tutta la documentazione volta a dimostrare la piena attuazione delle azioni indicate nei Piani entro il 25 gennaio 2013 su supporto digitale.

Acquisita la documentazione gli uffici dell'Assessorato procederanno alla valutazione della stessa e restituiranno formale riscontro sul raggiungimento o meno degli obiettivi indicati nei Piani. La valutazione del PAA procederà in parallelo con quella degli obiettivi strategici dei DG di cui essi stessi fanno parte (macro-obiettivo 1).

## **Rimodulazione della rete ospedaliera e integrazione con la rete territoriale**

### **Sintesi del quadro normativo di riferimento**

All'interno del sistema di indirizzi normativi che caratterizzano oggi le linee evolutive della Pubblica Amministrazione, il Sistema Sanitario Nazionale è chiamato a rispondere in maniera significativa orientando la pianificazione degli assetti erogativi e dei livelli di assistenza secondo criteri volti a coniugare la massimizzazione

dell'appropriatezza dei servizi offerti con l'efficienza e la sostenibilità del sistema stesso Tali indirizzi, trovano piena attuazione nell'impianto normativo delineato sia dalla Legge n° 135 del 7 agosto 2012 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", che dalla bozza del Decreto Ministero della Salute "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n 135" altresì detto Regolamento per la Spending Review .

Alla luce del quadro normativo così definito, le Regioni sono chiamate a rispondere pianificando il contenuto dell'azione strategica secondo due direttrici principali:

- 1) La rimodulazione delle reti assistenziali secondo il modello hub & spoke parametrato per bacino di utenza regionale;
- 2) La riduzione dei posti letto attraverso la soppressione di UOC .

Con riferimento alla rimodulazione delle reti, un ruolo di primo piano è riconosciuto sia alla rete Ospedaliera, che alla rete dell'Emergenza-Urgenza nonché all'integrazione tra queste e la rete Territoriale, al fine di consentire, attraverso un'unica azione sinergica, di riallocare la non appropriatezza al livello organizzativo e assistenziale più idoneo.

D'altro canto, rimodulare la rete ospedaliera, ridefinendone le discipline offerte a livello di struttura complessa, si presenta quale requisito necessario ma non sufficiente per realizzare un'efficace ed efficiente gestione del paziente in fase acuta, il cui bisogno, se espresso in regime di urgenza, deve trovare garanzia di una risposta appropriata in un arco temporale particolarmente breve senza alterare la gestione delle attività programmate in elezione La gestione appropriata dell'emergenza assume dunque un ruolo di primaria importanza per l'intero sistema, sia consentendo la presa in carico del paziente in pericolo di vita nei tempi adeguati, che attivando un sistema capillare in grado di effettuare una prima diagnosi trasportando il paziente nel centro ospedaliero più idoneo al fine di sottoporlo ad appropriati accertamenti diagnostici e interventi terapeutici con l'obiettivo di favo-

rire la salvaguardia della vita e la possibilità di un successivo recupero funzionale. Alla luce di queste considerazioni, risulta evidente come una corretta programmazione delle attività ospedaliere di elezione sia possibile solo se la rete ospedaliera è rimodulata al fine di rispondere con tempestività ed efficacia alle esigenze dell'emergenza-urgenza che funge, altresì, da architrave del sistema.

### La Regione Sicilia: lo scenario attuale

A partire dalla riforma del SSR, intervenuta con la L R n 5 del 2009, la rete ospedaliera della regione Sicilia si caratterizza per la presenza di:

- 9 ASP, una per ogni provincia,
- 3 Aziende Ospedaliere di riferimento regionale,
- 2 Aziende ARNAS (azienda di riferimento nazionale di alta specializzazione)
- 3 Aziende ospedaliere - universitarie (policlinici).

Tradizionalmente le politiche sanitarie regionali sulle tre dimensioni assistenziali si sono sviluppate considerando quattro bacini di riferimento: Catania – Siracusa – Ragusa; Messina; Palermo – Trapani; Agrigento – Caltanissetta – Enna.

A livello ospedaliero le Aziende Sanitarie Ospedaliere non universitarie sono state considerate abitualmente quali strutture hub della rete ospedaliera come dettagliato dalla tabella sottostante.

**Tabella 11 Distribuzione delle aziende ospedaliere sanitarie acting as Hub della rete ospedaliera della regione Sicilia**

Azienda	Provincia
Azienda Ospedaliera "Cannizzaro"	Catania
A R N A S - Garibaldi, S. Luigi Currò, Ascoli - Tomaselli"	
Azienda Ospedaliera "Papardo - Piemonte"	Messina
Azienda Ospedaliera "V. Cervello - Villa Sofia"	Palermo
A R N A S Civico e Benfratelli, G. Di Cristina e M. Ascoli"	

Ciascuna Azienda Ospedaliera regionale ha orientato la propria strategia di sviluppo in maniera autonoma e non coerente con una logica sistemica qualificando la propria mission secondo logiche più competitive che cooperative .

Con riferimento alle Aziende Sanitarie Provinciali di area non metropolitana (Agrigento, Enna, Ragusa, Siracusa, Trapani) il Presidio Ospedaliero provinciale di maggiori dimensioni ha ricoperto il ruolo di hub per la provincia di riferimento e di spoke in logica interprovinciale verso l'hub regionale più vicino .

Inoltre, il numero complessivo di presidi ospedalieri, sviluppatosi secondo logiche differenti da provincia a provincia, è proliferato in maniera non governata .

## Metodologia

Il modello che Agenas propone per la rimodulazione della rete ospedaliera porta a creare un percorso sufficientemente elastico in grado di produrre i risultati richiesti dal Regolamento per la Spending Review, accompagnando il sistema ad un progressivo adeguamento, garantendo la centralità del cittadino e l'appropriatezza delle prestazioni offerte. La metodologia si fonda su quattro principi base:

- 1) L'incrocio del dato epidemiologico (bisogno) con il dato Sdo relativo alle prestazioni realmente erogate (caratteristiche della produzione);
- 2) L'individuazione e la rimodulazione della rete di Emergenza in simmetria con la rete Ospedaliera secondo il concetto di hub & spoke, alla luce sia dei bacini di utenza che della copertura delle zone disagiate, ridefinendo altresì le interdipendenze con il 118. L'adeguata strutturazione delle due reti secondo la logica sopra esposta, costituisce infatti l'architrave sul quale rimodulare le reti delle patologie complesse e la loro interazione con la rete Territoriale
- 3) La definizione del fabbisogno delle strutture operative complesse (di seguito SOC) per singola disciplina individuato sulla base di un range per bacino di utenza massimo e minimo, e determinato alla luce dei volumi e degli esiti delle prestazioni erogate dalle diverse SOC
- 4) La rimodulazione delle reti delle patologie complesse tempo dipendenti (ad es. politrauma, infarto, Ictus, ostetricia e neonatologia,

etc...) e delle reti di elezione (ad es oncologica, allergologica etc...) che inserendosi sul sistema hub & spoke degli ospedali, consentono di garantire una risposta tempestiva e appropriata ai bisogni. La tempestività è garantita sia dall'adeguato coordinamento con il 118, che dalla possibilità di trasmettere in tempo reale immagini e dati. Anche in questo caso, la garanzia dell'appropriatezza è rilevabile attraverso l'analisi dei volumi e degli esiti per patologia che caratterizzano le diverse SOC.

In conclusione, il risultato atteso dalla spending review, si realizza attraverso una concreta rimodulazione della rete ospedaliera articolata in Hub (DEA di II livello), Spoke (DEA di I Livello) e Pronto Soccorso semplice, con la definizione dei fabbisogni per specialità ed una ipotesi di allocazione delle strutture complesse per l'elezione che sia funzionale rispetto ai nodi della rete dell'Emergenza e delle patologie complesse tempo dipendenti.

Inoltre, la necessaria razionalizzazione della rete ospedaliera comporta, senza dubbio, la riconversione in strutture territoriali di quei presidi ospedalieri che, non rispondendo né ai criteri hub & spoke né a quelli di presidio di area disagiata, divengono strategici per la gestione sul territorio di tutte le patologie croniche e non la cui assistenza in elezione risulta non appropriata. È necessario che le tre reti (Ospedaliera, di Emergenza e Territoriale) seppur caratterizzate da requisiti specifici, rispondano in maniera integrata e coordinata ai bisogni della popolazione, dialogando attraverso piattaforme tecnologiche condivise e misurando la propria attività attraverso i flussi informatici ministeriali (Nsis, Emur e territoriale), svolgendo ciascuna funzioni sempre più appropriate all'interno di un percorso di assistenza- diagnosi-terapia e recupero funzionale tra esse condiviso.

### **Realizzazione di dipartimenti amministrativi interaziendali nell'area metropolitana di Messina**

Il Progetto, è finalizzato a creare uno o più Dipartimenti Amministrativi Interaziendali in cui far confluire le Strutture (complesse o semplici) che presidiano i processi amministrativi, riguarda le aziende dell'Area metropolitana di Messina Papardo Piemonte – Policlinico – ASP e Bonino Pulejo; le strutture, se unificate, opereranno pertanto, nell'ambito delle proprie competenze, a livello provinciale.

Dopo un kick off di definizione del Progetto (17 dicembre 2012) Agenas ha avviato gruppi di lavoro, omogenei per afferenza funzionale, che coinvolgono nel complesso 40 persone (Responsabili di Struttura, Posizioni organizzative, Personale amministrativo), di cui 14 appartenenti all'AOOR Papardo Piemonte, 11 all'AOU Policlinico G. Martino, 10 all'ASP e 5 all'IRCCS Bonino Pulejo.

In merito all'attività svolta da tali gruppi con il supporto metodologico di Agenas si rileva quanto segue::

- Gruppi di progetto Area Servizi Tecnici: è in corso la rilevazione e la comparazione dei flussi dei processi AS IS e delle risorse coinvolte nella loro gestione presso le 4 aziende dell'Area metropolitana: sono stati attivati 3 gruppi di progetto: Ingegneria Clinica, Servizi di Manutenzione e Interventi edili (Lavori)
- Gruppi di progetto Area Approvvigionamenti: sono stati di fatto avviati 2 gruppi di progetto: due, unificati poi in un unico gruppo, relativi all'Acquisto di beni e servizi, e un altro relativo alla logistica; per quanto concerne il gruppo Acquisti si è deciso come primo passo, di procedere alla preparazione del capitolato per la gara di bacino sui "dispositivi medici di uso comune" assegnata al Policlinico, con il contributo congiunto della 4 aziende dell'area metropolitana, per poi sottoporlo alle altre aziende del bacino; contemporaneamente mentre è stata avviata la rilevazione dei macroprocessi AS IS nelle 4 aziende, a partire dalla fase di definizione dei fabbisogni
- Team di logistica: è stata appena avviata la fase di rilevazione della caratterizzazione dei macro processi di gestione delle richieste e di quella dei flussi fisici
- Gruppi di progetto Area Gestione Risorse Umane: sono stati avviati 2 gruppi di lavoro per la mappatura dei processi relativi al reclutamento del personale, alla gestione amministrativa del personale stesso e allo sviluppo dei programmi di formazione.

Verosimilmente si arriverà a strutturare Dipartimenti Interaziendali provinciali per i processi di approvvigionamento di beni e servizi e gestione logistica, per quelli correlati al recruitment e alla gestione del Personale, e per quelli relativi alla gestione dei Servizi Tecnici e di Ingegneria Clinica .

Per quanto concerne i processi relativi allo sviluppo di piani e programmi di formazione e alla gestione delle attività formative, il processo di creazione di un'unica struttura dipartimentale provinciale potrà essere visto come un elemento nell'ambito di un più ampio progetto di revisione delle competenze del CEFPAS:

- Gruppi di progetto Area Gestione Economico Patrimoniale: nell'ambito dell'Area afferente la Gestione Economico Finanziaria e Patrimoniale, visto il ruolo di stretto supporto alle Direzioni Aziendali nel conseguimento degli obiettivi di equilibrio economico e finanziario svolto dai Servizi afferente tale Area, il risultato conseguibile è l'unificazione dei regolamenti e delle procedure di governo (gestione ALPI, adempimenti fiscali, ad esempio), senza necessariamente arrivare ad un'unificazione delle Strutture in particolare per quanto concerne la Gestione dell'ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria) è in fase di predisposizione un documento congiunto, a valenza sovra-aziendale, che funga da atto di indirizzo a cui i Regolamenti Aziendali debbano uniformarsi, e che delinei pragmaticamente l'operatività delle disposizioni regolamentari nazionali, regionali e aziendali in materia di:
  - a) Regolamentazione delle Consulenze Tecniche (d'ufficio o di parte),
  - b) Formazione delle tariffe in regime di ricovero a pagamento;
  - c) Cause di impedimento assoluto allo svolgimento dell'ALPI;
  - d) Fiscalità connessa all'esercizio dell'ALPI;
  - e) Tipologia delle prestazioni erogabili extra-ricovero;
  - f) Modalità di costituzione e di ripartizione del Fondo di Perequazione e della quota destinata alla prevenzione
- Gruppo di progetto Sistemi informatici: sono stati svolti tre incontri per avviare la mappatura dei processi comuni alle quattro aziende e degli applicativi utilizzati per le varie attività: il primo risultato sarà orientato ad individuare logiche operative comuni relativamente ai processi di sviluppo e estrazione flussi informativi e rispetto all'assistenza di primo livello

## Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione farmaceutica

Sul tema, nel periodo considerato, l'attività del GdL di Agenas è stata orientata su due direttrici specifiche: farmaceutica territoriale e farmaceutica ospedaliera. Di seguito si illustra una sintesi delle azioni di dettaglio per ciascun indirizzo.

### Farmaceutica territoriale

Nel periodo in esame la spesa farmaceutica territoriale convenzionata ha subito un decremento di 73 milioni di euro in linea con gli obiettivi individuati.

Al fine di supportare le azioni di contenimento attraverso interventi specifici, Agenas ha proceduto con l'avvio degli incontri, sia on site che presso l'Assessorato, con le Aziende Sanitarie Provinciali volti a coordinare le azioni congiunte sull'appropriatezza prescrittiva. Inoltre, si rileva che sono stati individuati e resi operativi referenti aziendali dedicati al monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva.

Si evidenziano altresì, in questo ambito, le seguenti attività:

- Individuazione e definizione di un sistema di indicatori dedicato per il monitoraggio della spesa farmaceutica;
- Stesura e approvazione di un Decreto Assessoriale inerente alla tracciabilità delle prescrizioni farmaceutiche;
- Avvio della concertazione con le sigle sindacali dei medici di medicina generale, finalizzata all'emissione di linee guida congiunte sulla prescrivibilità dei farmaci alto spendenti;
- Avvio del tavolo di condivisione sul 1° ciclo farmaceutico nelle tre aree metropolitane di Catania, Palermo e Messina con il coinvolgimento delle ASP e delle AO;
- Monitoraggio della distribuzione di Ossigeno Liquido per la messa a regime di un modello unico a livello regionale;
- Monitoraggio sulle prescrizioni dei farmaci generici

## Farmaceutica ospedaliera

Di seguito si riportano le azioni intraprese nell'ambito della farmaceutica ospedaliera:

- Avvio dell'analisi sperimentale volta ad incrociare incrociando i dati relativi ai ricoveri (fonte dati SDO) e la spesa per farmaci all'interno delle strutture ospedaliere
- Monitoraggio della spesa per farmaci biologici e farmaci biosimilari
- Monitoraggio e screening dei centri prescrittori in ambito ospedaliero al fine di avviare delle azioni di razionalizzazione degli stessi
- Avvio del progetto "farmacia delle dimissioni" in tutte le strutture ospedaliere.

190



## Progetto di supporto alla costituzione di un modello di dipartimento interaziendale nell'area metropolitana di Catania

A fronte della necessità, espressa dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie della provincia di Catania, di favorire l'integrazione e le sinergie tra le Strutture delle diverse Aziende, il progetto si pone l'obiettivo di supportare le suddette organizzazioni nello sviluppo di un sistema integrato e coordinato a livello provinciale che possa rispondere nella maniera più efficace ed efficiente al fabbisogno di salute del cittadino .

In riferimento alle normative in vigore si ipotizza di raggiungere tale obiettivo attraverso la creazione di Dipartimenti interaziendali di natura gestionale, intesi come strumento organizzativo volto ad aggregare processi operativi di strutture semplici e complesse dislocate nelle rispettive Aziende per l'erogazione di tutte le attività specifiche.

In particolare il progetto è stato orientato a far lavorare in forma congiunta, i DD/DSC, afferenti alle aree Oncologia, Radiologia e Materno Infantile delle diverse Aziende istituendo gruppi di lavoro interaziendali con le seguenti finalità:

- supportare l'integrazione tra le Aziende, ponendo le basi per la costituzione di dipartimenti interaziendali volti ad aumentare la collabo-

razione tra gli attori di processi interaziendali interdipendenti, ovviamente nel rispetto di ogni specifica Mission assegnata;

- creare un gruppo di lavoro altamente professionalizzato, coordinato e abile nel tempo per favorire il passaggio di conoscenze/eccellenze ed esperienze, volto ad uniformare e migliorare ruoli e competenze;
- supportare l'eventuale miglioramento delle capacità gestionali e di leadership dei DSC e DD;
- favorire la creazione di un ambiente orientato anche al miglioramento continuo di problemi organizzativi;
- favorire la relazione tra persone come strumento di integrazione organizzativa.

In seguito ad una fase di kick off (giugno- luglio 2012), che ha visto lo svolgersi di una serie di incontri on site dedicati a definire le linee di generali di progettazione in condivisione con le Direzioni Aziendali prima e, collegialmente, con i Direttori di Dipartimento e i Direttori di SOC coinvolti per le aree Materno-Infantile, Radiologica e Oncologica, sono state individuate le linee di attività specifiche per ciascuna area di interesse finalizzate all'integrazione delle competenze interaziendali attraverso tre team di progetto dedicati ciascuna area .

Di seguito si dettagliano per ciascuna area le attività svolte entro dicembre 2012 dai team di lavoro interaziendali:

- Team area Materno – Infantile

In linea con quanto previsto dal D A 2 dicembre 2011 in merito al riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita, in seguito alla mappatura organizzativa delle UUOO coinvolte nell'area provinciale di Catania, il team di progetto ha sviluppato i seguenti protocolli integrati e condivisi in merito a:

- Gestione delle gravidanze a basso rischio inviate dai Consultori Familiari ai Punti Nascita di I livello (centri spoke)
- Gestione delle gravidanze a medio/alto rischio inviate dai Consultori Familiari ai Punti Nascita di II livello (centri hub)

- Team area Oncologica

Al fine di favorire lo sviluppo di percorsi integrati di sviluppo delle competenze, favorendo il miglioramento della qualità nell'assistenza in ambito oncologico, sono stati avviati due team di lavoro volti a definire i privilege per le aree relative all'oncologia medica e ematologica

La metodologia dei privilege, già adottata in Regione Sicilia con riferimento ai settori professionali di Medicina d'urgenza, Cardiologia e Ostetricia e Ginecologia, è applicata in questa sede in collaborazione con il Servizio 5 dell'Assessorato alla Salute nella persona del dott Giuseppe Murolo. A dicembre 2012 i due gruppi di lavoro hanno proceduto alla stesura condivisa delle bozze relative alle attività oggetto di privilege per le aree dell'oncologia medica e ematologica

- Team area Radiologica

Alla luce della tipologia di prestazioni che caratterizzano le UUOO di area radiologica, il lavoro è stato orientato a comprendere i margini di efficienza disponibili nell'erogazione delle prestazioni. A tal fine è stata effettuata una rilevazione della tipologia di prestazioni erogate, sia in regime ambulatoriale che di ricovero e urgenza, riconducendo le stesse alle macro-classi individuate dalla Società di Radiologia Medica con l'obiettivo di definire il "tempo ciclo", ovvero il rapporto tra tempo disponibile per la produzione delle prestazioni e i volumi erogati, per ciascun processo e il relativo fabbisogno di personale

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

# 10

**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**

Sul versante dell'innovazione nel corso del 2° 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

## (Health Technology Assessment - HTA)<sup>17</sup>

### 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.

### 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.

---

<sup>17</sup> A cura della sezione *Innovazione, sperimentazione e sviluppo*

Tabella n 12 - Programmi di HTA nelle Regioni Italiane - (dati al 31 12 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 dei team delle singole aziende sanitarie, ospedaliere ed universitarie della regione; adottare un piano di formazione tradizionale ed a distanza per formare le equipie 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

<p><b>Emilia Romagna</b></p>		<p>Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI)</p>	<p>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</p>	<p>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</p>
<p><b>Lombardia</b></p>	<p>DGR 8/7856/2008  DDG 11858/2009</p>	<p>Determinazione in merito alla valutazione dell'appropriatezza d'uso dei farmaci, dispositivi biomedici e tecnologie diagnostiche 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)</p>	<p>Definire il processo della valutazione dell'appropriatezza d'uso di tecnologie innovative al fine del ottimale impiego nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale</p>	<p>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</p>
<p><b>Piemonte</b></p>	<p>Determinazione 100 del 27/05/2008</p>	<p>Comitato per l'HTA</p>	<p>Governare i processi di adozione nei contesti assistenziali di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche in una prima fase transitoria</p>	<p>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</p>

<p><b>Veneto</b></p>	<p>DGR 410/2008 DGR 2187/2008 DRG 448/2009 DGR 3396/2009</p>	<p>Programma per la Ricerca l'innovazione e l'HTA (PRIHTA)</p>	<p>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</p>	<p>Identificazione delle tematiche ritenute rilevanti a livello regionale e locale su cui promuovere l'attività di ricerca</p> <p>Promozione della ricerca traslazionale e della sperimentazione volte a migliorare la implementazione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici</p> <p>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</p> <p>Sviluppo di processi informativi (linee guida) sull'uso di specifiche tecnologie e procedure</p>
<p><b>Puglia</b></p>	<p>DDG ARES 133/2009</p>	<p>Costituzione del gruppo di lavoro HTA (Health Technology Assessment)</p>	<p>Seguire e sostenere la rete collaborativa di HTA tra le strutture tecniche regionali e l'Agenas</p>	<p>Valutare performance, Sensibilità e Specificità;</p> <p>Valutare le conformità con le specifiche di fabbricazione, di affidabilità, di semplicità di utilizzo o di manutenzione</p> <p>Analizzare i rischi per i pazienti e per gli operatori;</p> <p>Valutare l'efficacia/Beneficio che si trae utilizzando una tecnologia in relazione ad uno specifico problema in condizioni reali;</p> <p>Valutare l'efficienza/Beneficio che si ottiene utilizzando una tecnologia per un particolare problema in condizioni di routine;</p> <p>Valutare l'impatto economico in caso di nuova introduzione;</p> <p>Valutare gli impatti sociali, etici, legali, politici;</p> <p>Elaborare e redigere Report HTA</p>
<p><b>Toscana</b></p>	<p>DGR n 229/2008  DGR n 1256/2009</p>	<p>Istituzione del Centro Regionale per l'Health Technology Assessment per la valutazione multidisciplinare delle tecnologie sanitarie</p> <p>Dotare il Centro Regionale HTA di una competenza tecnica, definita come Supporto Operativo: S O – HTA</p>	<p>Promozione delle attività di governo clinico e per lo sviluppo a rete di specifiche aree tematiche del Servizio Sanitario Toscano</p> <p>Produrre valutazioni metodologiche rapide e consentire di attivare ed orientare processi di HTA completi</p>	<p>Valutazione dei dispositivi medico-chirurgici;</p> <p>Valutazione dei farmaci;</p> <p>Valutazione delle apparecchiature biomedicali;</p> <p>Valutazione dell'organizzazione e dei protocolli biomedici e biochirurgici;</p> <p>Valutazione dell'edilizia ospedaliera</p>

<p>Sicilia</p>	<p>Dec Ass 3-3-2010</p>	<p>Approvazione del piano di sviluppo dell'Health Technology Assessment nel servizio sanitario regionale 2010-2012</p>	<p>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/di sviluppo delle tematiche HTA più coerenti con il contesto attuale del SSR</p>	<p>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'esplicitamento dei compiti istituzionali di governo, programmazione e controllo del SSR. L'Assessorato garantirà la partecipazione ai lavori ed alle iniziative della costituente rete collaborativa interregionale in materia di HTA (RIHTA), che vede la presenza di tutte le Regioni e Province autonome, iniziativa promossa e coordinata dall'AGEVIAS, 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)</p> <p>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</p>
<p>Lazio</p>	<p>Dec Comm Ad acta U0066 /2010</p>	<p>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 Lazio sanità ASP di funzioni di supporto tecnico scientifico ed alla programmazione delle attività di HTA</p>	<p>Tecnostuttura regionale consultiva in materia di valutazioni multidisciplinari e multidirezionali delle tecnologie sanitarie, secondo le metodologie e le eccezioni proprie dell'HTA</p>	<p>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</p>
<p>Liguria</p>	<p>DGR 225/2011</p>	<p>Rete Regionale Health Technology Assessment (HTA)</p>	<p>Stabilire elementi attuativi e metodologici</p>	<p>L'obiettivo prioritario della rete è quello di introdurre l'HTA nel Sistema Sanitario Regionale, quale componente fondamentale all'interno dei processi decisionali</p> <p>In particolare per promuovere l'uso dell'HTA la Rete ligure, attraverso l'Agenzia Regionale Sanitaria, si propone di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- supportare operativamente l'applicazione dell'HTA a livello locale e regionale;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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</li> </ul>

Nell'ambito della verifica degli adempimenti Lea per il Comitato Lea, presso il Ministero della Salute si è ulteriormente implementata l'attività di monitoraggio delle sperimentazioni gestionali .

### **Diffusione delle tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie -monitoraggio prezzi dispositivi medici**

Nel 2° 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 In particolare:

- a) la collaborazione con il Ministero della Salute partecipando ai lavori della Commissione Unica sui dispositivi medici (CUD);
- b) la conclusione 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 programmatori, del parco tecnologico installato ed a diffondere la conoscenza delle condizioni di acquisto delle diverse tecnologie (contratti, prezzi, etc) – Relazione intermedia ([Allegato n 37](#))
- c) l'attività di Agenas, la quale, 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”
- d) l'ulteriore proseguimento del supporto al Ministero della Salute sulle modalità di inclusione, di classificazione/codifica di farmaci, disposi-

tivi 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 hanno riguardato:

- 1) la produzione di report di HTA su tecnologie sanitarie (dispositivi medici),
- 2) l'organizzazione della rete dell'Health Technology Assessment (RIHTA) e la promozione delle capacità di valutazione delle tecnologie biomediche,
- 3) l'attività di Horizon Scanning (COTE) e la produzione di report di Horizon scanning su tecnologie sanitarie emergenti,
- 4) la partecipazione a Network internazionali (EUnetHTA Joint Action, Euroscan, INAHTA)
- 5) 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

200



## Health Technology Assessment su dispositivi medici

L'attività di Health Technology Assessment sui dispositivi medici è stata condotta in attuazione di accordi di collaborazione (IV e V) con il Ministero della Salute, direzione generale farmaci e dispositivi medici .

Si sono conclusi i lavori riguardanti il IV accordo di collaborazione, con l'invio al Ministro della Salute (MdS) dei due Report di HTA, delle Revisioni Sistematiche (RS) di costo-efficacia e della relazione finale per l'allestimento di un Flusso per la raccolta delle proposte di valutazione di tecnologie innovative emergenti.

Per la prima volta la procedura ha previsto il coinvolgimento attivo, in gruppi di collaborazione, di funzionari individuati dalle Regioni membri della RIHTA, nelle attività scientifiche di valutazione.

La collaborazione ha riguardato sia la fase di individuazione delle tecnologie da valutare che le successive fasi di prioritarizzazione e valutazione.

In particolare, le tecnologie di comune interesse dei componenti la RIHTA e del Ministero della Salute sono state:

- Renal Artery Ablation in Patients with Treatment - Resistant Hypertension: a systematic review; (Revisione sistematica n 1- Accordo MdS);
- Polylactic-Glycolic Acid Absorbable Synthetic Suture (PglA) Plus Antibacterial; (Revisione sistematica n 2- Accordo MdS) ;
- New devices for the management of glycaemia in young diabetics; (HTA report- Accordo MdS);
- PEC-CT for cancer staging; (HTA report- Accordo MdS);

Inoltre, è stata predisposta una proposta su relativa all' allestimento del Flusso per la raccolta delle proposte di valutazione di tecnologie innovative.

Il team Agenas, in collaborazione con le professionalità individuate dai componenti della RIHTA, ha lavorato alla stesura dei documenti finali che sono stati inviati al Ministero tra i mesi di luglio ed ottobre 2012, nel rispetto delle scadenze previste dalle fasi dall'accordo ([Allegati n 38, 39, 40, 41 e 42](#) ).

Per ciò che concerne il V accordo riguardante la produzione di: un documento metodologico riguardante la procedura di adattamento di HTA report prodotti altrove, due report derivanti dalla sperimentazione di metodi di adattamento di valutazioni sviluppate da organizzazioni partner della rete EUnetHTA o da altre organizzazioni estere, 1 rapid report si è proceduto nel mese di novembre all'invio al Ministero della seguente documentazione, nel rispetto delle scadenze previste dalla I e II Fase::

- Rapid Health Technology Assessment for Agenas (Review sulle metodologie in uso a livello internazionale per la produzione di rapid assessment su dispositivi medici- I Fase)

- Rapid HTA report “Implantable devices for the closure of patient foramen ovale (PFO) in adults”- Research Protocol (II Fase)
- HTA Report Adaptation: Modello e Implementazione - Relazione Intermedia (II Fase)

Sono in corso i lavori per l’adattamento di due report HTA riguardanti rispettivamente:

- l’utilizzo di filtri anti prioni,
- le protesi vascolari endoaortiche

### **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), sono continuati 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, nel corso del secondo semestre 2012 si sono tenuti web meeting e si è tenuto un laboratorio sulle revisioni sistematiche.

Inoltre, è aggiornata la pagina web dedicata all’HTA dalla quale si accede a tutte le attività HTA e Horizon Scanning (COTE) 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**

Nel semestre considerato, 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 stato avviato 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 - Spettroscopia Raman per la diagnosi precoce dei tumori della pelle) è stato pubblicato alla fine di Luglio 2012 <http://www.agenas.it/cote.html> (Allegato n 43). È in corso di lavorazione l'HS n 11.

Alla fine del mese di luglio è stata 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).

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).

Nel corso del 2° semestre 2012 sono state portate a termine le attività previste dal piano di lavoro triennale, con la finalizzazione dei due principali prodotti del progetto (un core HTA su test prognostici per le recidive del cancro alla mammella e un core HTA sullo screening dell' aneurisma all'aorta addominale) In questo ambito sono stati raccolti i contributi dei diversi gruppi di lavoro coinvolti nel WorkPackage 4, sono state finalizzate le prime versioni dei Core HTA, sono stati raccolti i feedback provenienti dagli Stakeholder e infine, sono stati implementati con i commenti e le correzioni inviate dai partner del progetto.

Contestualmente nel secondo semestre del 2012 sono state sviluppate, in collaborazione con l'agenzia THL (Finlandia) Lead-Partner del WorkPackage 4, delle survey per la validazione dei prodotti e del lavoro svolto nei 3 anni di progetto; i dati così raccolti sono stati analizzati e utilizzati per la finalizzazione del report tecnico finale del Workpackage.

Per quanto riguarda le attività nel WP7 (New Technologies), Agenas ha contribuito attraverso:

- la finalizzazione della struttura e il successivo test dello strumento denominato "EVIDENT" – database per la raccolta di informazioni relative a studi post-assessment;
- l'aggiornamento continuo del database denominato "POP" – finalizzato alla raccolta di informazioni su tutti i progetti in corso nelle agenzie partner del network EUnetHTA .

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), sono iniziate le attività preparatorie e propedeutiche per l'inizio dei lavori previsto ad ottobre 2012. In questa seconda Joint Action, l'Agenzia è lead-partner del WorkPackage 4 all'interno del quale verranno prodotti 3 Core HTA in maniera collaborativa e verranno pilotati alcuni Core HTA report a livelli locale/nazionale. In questi primi mesi di attività della Joint Action 2 EUnetHTA, sono stati individuati i partner coinvolti nel WorkPackage 4, è stata predisposta e condivisa la prima versione del piano di lavoro triennale, si sono iniziate le prime attività per l'individuazione dei topic da valutare e per la scrittura di una prima versione della guida metodologica per la produzione collaborativa di Core HTA.

Nell'ambito delle attività connesse alla partecipazione alla Joint Action EUnetHTA, Agenas ha partecipato al seguente evento:

- 3-4 ottobre 2012: EUnetHTA Executive Committee Meeting (Amsterdam),

Nell'ambito delle attività connesse alla partecipazione a EuroScan, Agenas ha organizzato e ospitato il seguente evento:

- 11-12 ottobre 2012: EuroScan Autumn meeting (Roma)

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 secondo semestre dell'anno, l'Agenas ha svolto le seguenti attività:

- la conclusione della survey sui processi decisionali aziendali (Allegato n 44)
- la predisposizione e la messa on-line del bando per l'istituzione dell'Albo regionale dei professionisti a supporto dell'HTA (Allegato n 45 )
- la predisposizione di: un modello standard per l'acquisizione delle nuove tecnologie; una check list per la valutazione delle richieste di nuove tecnologie
- sulla base dei risultati della survey è stato attivato il confronto, richiesto dalle strutture regionali, con il Nucleo Tecnico Regionale HTA (NTHTA ) allo scopo di sviluppare le Linee guida regionali. Con tali finalità sono state raccolte le proposte dello stesso e discussi gli aspetti principali.

Attualmente è in corso la validazione da parte del NTHTA del modello organizzativo che si è venuto a delineare a seguito della survey. In particolare, la validazione riguarda i seguenti aspetti, che saranno inclusi nelle linee guida regionali:

- contenuti del Regolamento interno (bozza di "Atto di indirizzo per l'operatività del Nucleo Tecnico HTA Regionale");
- protocolli cooperativi per le modalità di collaborazione tra NTHTA e strutture organizzative dell'Assessorato (bozza di "Atto di indirizzo per l'operatività del Nucleo Tecnico HTA Regionale");
- modalità di accesso ai dati ed ai flussi informativi sanitari (bozza di "Atto di indirizzo per l'operatività del Nucleo Tecnico HTA Regionale");
- caratteristiche e compiti della rete del Referente Aziendale per l'HTA e del team multidisciplinare di supporto;
- criteri soglia per l'attivazione del NTHTA e modalità di program-

mazione (prioritarizzazione) delle attività;

- strumenti operativi sia nella collaborazione con le strutture organizzative dell'Assessorato che con le Aziende (cfr proposte AGENAS di modulo per richiesta di acquisizione di tecnologia e di check-list HTA);
- formato standard dei documenti di valutazione (utilizzando a supporto i report presenti sul sito AGENAS).

## Attività di ricerca

Sul versante della ricerca corrente e finalizzata nel corso del 1° semestre del 2012, Agenas ha partecipato, sia in qualità di destinatario istituzionale, che in qualità di unità operativa, ad una serie di progetti, che vengono riportati di seguito in dettaglio.

### Progetto CCM “Valutazione della costo-efficacia di un programma di screening audiologico neonatale universale nazionale”

Si sono concluse le attività del Progetto CCM “Valutazione della costo-efficacia di un programma di screening audiologico neonatale universale nazionale” La relazione finale è stata inviata al Ministero della Salute a metà novembre ([Allegato n 46](#)).

### Programma strategico “Sicurezza e Tecnologie sanitarie”- Progetto 4: “Problematiche connesse alle esposizioni da radiazioni ionizzanti di operatori e pazienti in radiologia interventistica”

A seguito della proroga di un anno del progetto, nel corso del secondo semestre 2012 anche la raccolta dati presso i Centri aderenti alla survey ha subito un rinvio e sono stati coinvolti anche ulteriori due centri. Sono state comunque raccolte le informazioni provenienti dai due 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”) La fase conclusiva di elaborazione dati avverrà nel corso del 2013.

## **Progetto di ricerca finalizzata, anno 2009: “Methods for investments/disinvestments and distribution of health technologies in Italian Regions – MIDDIR”**

Si è conclusa la fase burocratica legata alla firma delle convenzioni tra Agenas e le Unità Operative. È in fase conclusiva la richiesta di rimodulazione da inviare al Ministero per consentire attraverso la rimodulazione la modifica del Responsabile scientifico del Progetto.

## **Progetto Summer school per leader civici sull’Health Technology Assessment**

Si sono conclusi 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 civiche e di malati, con l’obiettivo di promuovere e aumentare la qualità della partecipazione dei cittadini e dei pazienti nell’HTA tramite loro associazioni.

Il corso si è tenuto la prima e l’ultima settimana di settembre 2012 (6-8 settembre e 27-29 settembre 2012). Il progetto su cui si è basato il corso ha avuto una durata di 6 mesi (marzo-settembre 2012).

Il coinvolgimento dei cittadini e pazienti 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 e pazienti in tutto il ciclo di HTA, attraverso la realizzazione di un corso pilota di formazione di leader civici.

In questo semestre si sono tenute tre riunioni tra giugno e luglio presso Cittadinanzattiva in vista della realizzazione del corso a settembre.

Agenas ha attivamente contribuito 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 Agenas e Sihta) Agenas ha tenuto alcune docenze a titolo gratuito durante il corso, assicurando inoltre la propria presenza durante tutte le giornate di attività, come sostegno alla attività didattiche varie. Alla fine di ottobre Agenas ha partecipato al seminario di pubblicizzazione del corso tenuto all'interno del convegno nazionale della Sihta e coordinato da Cittadinanza Attiva.

### **Progetto CCM “Screening neonatale esteso: proposta di un modello operativo nazionale per ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari nelle diverse regioni”**

È stato avviato dall'Istituto Superiore di Sanità il progetto CCM “Screening neonatale esteso: proposta di un modello operativo nazionale per ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari nelle diverse regioni” che ha l'obiettivo di definire una strategia nazionale per lo sviluppo e l'applicazione dello screening neonatale esteso.

L'Agenas è Unità Operativa con i seguenti compiti:

- consulenza sull'organizzazione dei servizi sanitari;
- acquisizione di informazioni relative all'Health Technology Assessment;
- partecipazione all'elaborazione dei documenti prodotti.

### **Progetto CCM “Sostegno al network della Evidence-based-prevention”**

È stato approvato il progetto CCM “Sostegno al network della Evidence-based-prevention”. L'Agenas coordina il progetto e le Unità Operative coinvolte sono l'ARS Toscana, l'Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo (ASL TO3) e l'Università “Cattolica del Sacro Cuore” di Roma.

Gli obiettivi specifici del progetto sono di seguito elencati:

- definire la metodologia e le regole di collaborazione al network dei servizi sanitari preposti alle attività di prevenzione sul territorio nazionale;

- definire i criteri e le procedure di prioritizzazione degli interventi preventivi per i quali occorre attivare ricerca sistematica delle evidenze (EBP);
- definire l'architettura e delle funzionalità della banca dati CCM per la raccolta delle evidenze scientifiche disponibili e per la loro consultazione e condivisione.

### **Centro Nazionale Trapianti (CNT)**

È stata attivata una collaborazione con il CNT, che ha richiesto uno specifico supporto circa l'implementazione dell'Accordo Stato-Regioni sulla gestione delle gravi insufficienze d'organo, in particolare riguardo all'appropriatezza di utilizzo dei VAD come trattamento ponte al trapianto odefinitivo .

210



### **Programma di ricerca corrente 2012-2013**

Si è provveduto alla predisposizione di due progetti nell'ambito del programma di ricerca corrente dell'Agenzia relativi rispettivamente a: "Analisi dell'evoluzione delle reti di diagnostica di laboratorio di analisi" e "Analisi della metodologia di aggiornamento di percorsi diagnostico-terapeutici di patologie ad elevato impatto assistenziale".

# POAT (Progetto Operativo di Assistenza Tecnica)

## 11

### 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 il Ministero della Salute e 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 coerenti da realizzare nel corso ed al termine del progetto. Le attività delle varie linee regionali sono state ad ora svolte sostanzialmente come da programma operativo.

Il termine ufficiale del POAT originariamente previsto per il 30 giugno 2013 è stato recentemente prorogato su richiesta del Ministero della Salute, al 30 giugno 2014 per consentire il pieno utilizzo delle risorse economiche residue. Alla proroga farà a breve seguito la conseguente stesura di un nuovo piano operativo rimodulato nei tempi e nei contenuti in base alle risorse residue ed alle attività già svolte e programmate.

### Metodologia

Tutte le attività hanno continuato a svolgersi 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 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 nella realizzazione delle attività programmate e dei relativi prodotti. Ove tecnicamente possibile ed in particolare nelle due linee trasversali (Programmazione e VIS) e nelle linee verticali Telemedicina e Sistemi Informativi, sono attuate utilizzando dei modelli comuni che consentono sia un'economia di scala sia di mettere in comune e confrontare esperienze e prodotti tra strutture simili delle regioni interessate e porre le basi per una rete interregionale. Tale metodologia non è stata applicata per la sola linea verticale HTA in quanto attuata solo nella regione della Sicilia. Criticità strutturale riscontrata nelle regioni POAT è la a volte ridotta disponibilità del personale affiancato in quanto operato da adempimenti istituzionali e/o legati ai piani di rientro; il livello di collaborazione è ed è stato comunque sempre molto elevato.

### **Piano di attuazione**

Le attività POAT affidate all'Agenas sono sia di carattere trasversale cioè comuni a tutte le regioni sia di carattere verticale cioè settoriali e specifiche per una o più regioni. Esse sono poste in atto seguendo un apposito piano di attuazione le cui tappe previste sono state rispettate. Al momento sono direttamente interessati all'affiancamento tecnico 194 tecnici regionali di vario livello e funzione. Il personale di assistenza tecnica e supporto organizzativo / amministrativo è complessivamente composto da 71 elementi.

Seguono alcune dettagli sintetici delle linee POAT Agenas:

### **Linee di intervento Trasversali (o Orizzontali):**

Come da progetto originale POAT i due macroambiti su cui focalizzare prioritariamente le attività di supporto e assistenza tecnica assegnati ad Agenas sono:

## Supporto allo svolgimento delle diverse fasi che accompagnano il ciclo della programmazione

Questa linea di intervento è volta essenzialmente ad implementare attività che supportino il ciclo della programmazione degli interventi nel settore salute. Dall'analisi dei fabbisogni regionali effettuata nella fase di progettazione del POAT ed in accordo con le regioni interessate è stato individuato un elemento comune a tutte e quattro le regioni POAT su cui focalizzare prioritariamente le attività di AT: un modello base ma implementabile di Banca Dati Assistiti che raccoglie ed elabora diversi flussi informativi regionali (farmaceutica, anagrafe, specialistica, medici di base, ecc ) che sarà in grado di fornire informazioni particolarmente raffinate ed utili sia per la conoscenza più dettagliata delle attività regionali sia quindi per una migliore programmazione delle attività sanitarie regionali. A latere continuano, per la stessa linea, come programmato le altre specifiche attività già individuate dalle varie regioni. Da mettere in evidenza la grande e necessaria sinergia tra questa linea trasversale e la linea verticale Sistemi Informativi (per le regioni che ne hanno fatto richiesta: Calabria e Campania) la cui principale attività è finalizzata a supportare l'invio di dati coerenti e di sufficiente qualità dalla periferia ai data base della regione.

## 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) a supporto della programmazione sanitaria e non (la VIS si applica infatti prioritariamente alle attività non sanitarie per valutare il loro impatto sulla salute della popolazione afferente a quel territorio). La quasi assenza sul territorio nazionale ed internazionale di questa tipologia di approccio alla programmazione sanitaria e non ha consentito di sviluppare un modello comune da sviluppare nelle quattro regioni. È infatti in corso di avanzata realizzazione una comune linea guida / manuale metodologico ma con elementi di contestualizzazione per ogni singola regione; la sperimentazione del modello verrà effettuata su alcuni particolari settori di interesse che in questo periodo sono in fase di individuazione da parte delle regioni.

## Linee di intervento Regionali (o Verticali)

L'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 e successivamente 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. Particolarmente stretto è il legame tra la LT 1 Programmazione e la LV Sistemi Informativi la cui principale funzione è raccogliere, convogliare ed elaborare dati finalizzati che saranno poi finalizzati ad un uso programmatorio. Nello specifico le Linee Verticali sono:

### Regione Calabria

#### Linea 1 - Supporto all'attuazione del Servizio Informativo Regionale

- Le attività proseguono come da programma operativo; è proseguita la stretta collaborazione con la LT 1 Programmazione. È stato completato il quality assessment dei principali flussi informativi regionali ed è in corso il supporto alla costituzione della tecnostruttura informativa nell'ambito del Dipartimento Salute.

#### Linea 2 - Individuazione di modelli innovativi per la realizzazione di servizi di telemedicina

- Le attività proseguono come da programma operativo; è stato effettuato il censimento delle attività di telemedicina regionali. È, tra l'altro, in corso la definizione delle linee strategiche di riferimento per la programmazione delle attività di telemedicina nella regione Calabria.

### Regione Campania

#### Linea 1 - Supporto allo sviluppo dei servizi di telemedicina

- Le attività proseguono come da programma operativo; sono state censite e messo a punto il quadro di riferimento della telemedicina

nella regione Campania; sono in corso le attività per la definizione di un possibile scenario per la definizione delle attività di telemedicina in ambito regionale

Linea 2 - Supporto all'aggiornamento ed integrazione tra le basi informative esistenti;

- Le attività proseguono come da programma operativo; è proseguita la stretta collaborazione con la LT 1 Programmazione. È stata messa a punto una scheda per la rilevazione dei flussi informativi regionali. È stato messo a punto un modello di data quality assessment sul modello di quello utilizzato in Calabria.

## Regione Sicilia

*Linea 8 - Supporto all'analisi delle più diffuse metodologie di HTA;*

- Le attività proseguono come da programma operativo; è stata conclusa la survey sui processi decisionali aziendali; è stato predisposto e messo on-line il bando per l'istituzione dell'Albo regionale dei professionisti a supporto dell'HTA; è stato messo a punto un modello standard per l'acquisizione delle nuove tecnologie ed una check list per la valutazione delle richieste di nuove tecnologie.

**Tabella 13 : prospetto riepilogativo del Progetto**

<b>Titolo del progetto</b>	Progetto Operativo di Assistenza Tecnica del Ministero della Salute (POAT Salute)	
<b>Programma di riferimento</b>	Programma operativo PON Governance e Assistenza Tecnica (FESR) 2007-2013 -Obiettivo Operativo II 4 "Rafforzamento delle strutture operative e delle competenze nella Pubblica Amministrazione"	
<b>Area Obiettivo</b>	Obiettivo I - Convergenza	
<b>Priorità</b>	10 - QSN "Governance, capacità istituzionali e mercati concorrenziali ed efficaci"	
<b>Data stipula convenzione/contratto</b>	11 maggio 2011	
<b>termine del progetto</b>	31 luglio 2013	
<b>Budget</b>	Euro 4 287 867	
<b>Codice CUP</b>	J71110000030007	
<b>Responsabile Unico dell'Attuazione</b>	Quinto Tozzi	Dirigente Agenas
<b>Localizzazione geografica d'interesse del progetto</b>	Regioni Obiettivo Convergenza: Calabria, Campania, Puglia, Sicilia	
<b>Tipologia destinatari intervento</b>	Amministrazioni Regionali	
<b>Responsabile amministrativo del progetto</b>	Laura Conti	Unità organizzativa: Agenas - Sezione Affari Generali e Personale Sede: Roma

**Tabella 14 : prodotti realizzati da POAT Agenas al 31 12 2012**

	<b>Unità di misura</b>	<b>Previsto nel POAT</b>	<b>Realizzati alla data del 31 12 2012</b>
Giornate di AT	n	<b>11 000</b>	<b>8 605</b>
Studi, linee guida, documenti metodologici	n		
Banche dati	n		
Altro (Sito Web)	n	<b>1</b>	<i>Sito Web POAT Agenas</i>

### **Analisi quantitativa e qualitativa**

Le attività del POAT salute Agenas del secondo semestre 2012 sono state svolte in coerenza con il Piano Esecutivo. In particolare sono continuati e potenziati così come programmato gli incontri con le regioni con particolare attenzione al proseguimento e potenziamento delle attività di assistenza tecnica in loco (AT).

Tale attività è stata supportata, come in precedenza, da un intenso scambio di contatti ed informazioni, anche informali, tra il gruppo di coordinamento di Agenas centrale e regionali ed i responsabili delle singole linee di attività e soprattutto tra questi ultimi ed i gruppi di lavoro ed i referenti regionali. Le attività sono attualmente nella fase di piena operatività.

Si confermano nella sostanza e quindi non si ripetono, le osservazioni generali in merito ad alcune criticità espresse nelle relazioni precedenti. Da notare che pur essendo tali tematiche in parte strutturali, nel periodo intercorso sono comunque sopravvenuti alcuni elementi di miglioramento.

Pur consci delle oggettive, molteplici e grandi difficoltà delle amministrazioni in affiancamento si ribadisce l'importanza e la necessità, in alcuni casi, di una ulteriore maggiore e concreta partecipazione del personale affiancato alle attività dei gruppi di lavoro delle linee del POAT Agenas ed a volte un maggiore supporto operativo da parte del top management regionale anche in termini di concreta integra-

zione delle attività in corso sia all'interno dei servizi sia all'interno della cornice programmatoria ed operativa regionale .

Persistono invece in alcuni casi ed alcuni ambiti regionali delle criticità principalmente riguardo la piena disponibilità di accesso ad alcune banche dati o sistemi informativi preesistenti che potrebbero condizionare il completo soddisfacimento di alcuni fabbisogni e la piena realizzazione di alcune attività programmate; si sta cercando di superare tali criticità integrando maggiormente le attività di supporto delle linee SIR e coinvolgendo ancora di più i dirigenti e le strutture interessate.

Il semestre intercorso è stato caratterizzato, così come programmato nel Piano Annuale delle Attività (PEA 2012/2013) da un notevole incremento delle giornate di assistenza tecnica in loco dei consulenti Agenas. Ciò è coinciso con un incremento parallelo e significativo delle attività anche se non sempre dei prodotti in quanto alcuni di essi sono il frutto di azioni ed attività anche molto complesse che necessitano di un maggiore arco temporale per essere conclusi.

La messa a punto della versione definitiva del Sito Internet Agenas concepito prioritariamente come concreto strumento di lavoro sia all'interno della regione che tra i gruppi di lavoro delle regioni della stessa linea, ha contribuito e contribuirà ancora di più allo scambio di informazioni ed all'integrazione transregionale delle attività in corso e programmate. Il sito è utilizzato dagli utenti registrati ed al suo interno è presente un'area informativa ad accesso libero; il prodotto è stato ufficialmente trasmesso al Ministero della Salute con documentazione relativa con l'utenza gerarchicamente più elevata Poat Salute Agenas. La tipologia di modello di sito web utilizzato consente l'inserimento di ulteriori miglioramenti in base a nuove esigenze che dovessero emergere nel corso della sua utilizzazione di routine.

Nel semestre di riferimento sono inoltre proseguite e potenziate le attività di integrazione sia metodologica che operativa tra le linee sia nell'ambito della stessa regione che tra le diverse regioni coinvolte. L'integrazione tra le linee della stessa regione è funzionale al pieno raggiungimento degli obiettivi POAT e riguarda in particolare alcune fondamentali attività della SIR a supporto della LT1 Programmazione ed i rapporti di supporto reciproco tra SIR e Telemedicina. L'integrazione interregionale ha lo scopo di rendere, come già altre volte sottolineato e nell'ambito della necessaria contestualizzazione, le attività ed i prodotti

per alcuni aspetti fondamentali confrontabili, valutabili e scambievolmente fruibili. Ciò vale in particolar modo per le linee spalmate su più regioni: LT1 Programmazione, LT2 VIS, SIR e Telemedicina. Nel prossimo semestre tali attività verranno ulteriormente potenziate.

Un altro importante aspetto da mettere in evidenza, perché rientra nel mandato istituzionale e nello spirito del POAT, è il notevole sforzo di integrazione e sinergia (ma non di sovrapposizione od ingerenza) svolto da alcune attività delle linee POAT in alcuni contesti regionali favorevoli con altre attività regionali legate ad esempio ai piani di rientro, alla programmazione e al migliore utilizzo di risorse regionali, nazionali od internazionali.

Vengono di seguito riportate, a scopo indicativo e di supporto ai contenuti della presente relazione, le tabelle relative alle giornate di AT effettuate dal POAT Agenas (Tabella n 15) (Tabella n 16).

**Tabella 15: Giornate di AT suddivise per bimestre al 31/12/2012**

	30/09/11	31/12/11	29/02/12	30/04/12	30/06/12	31/08/12	31/10/12	31/12/12	tot Agenas
<b>centrali</b>									
<b>trasversali</b>									
<b>trasversali in loco*</b>									
<b>regionali</b>									
<b>regionali di cui in loco*</b>									
<b>Agenas</b>	<b>202</b>	<b>1 286</b>	<b>892</b>	<b>1 095</b>	<b>1 233,5</b>	<b>1 069,5</b>	<b>1 290,0</b>	<b>1 536,5</b>	<b>8 605</b>

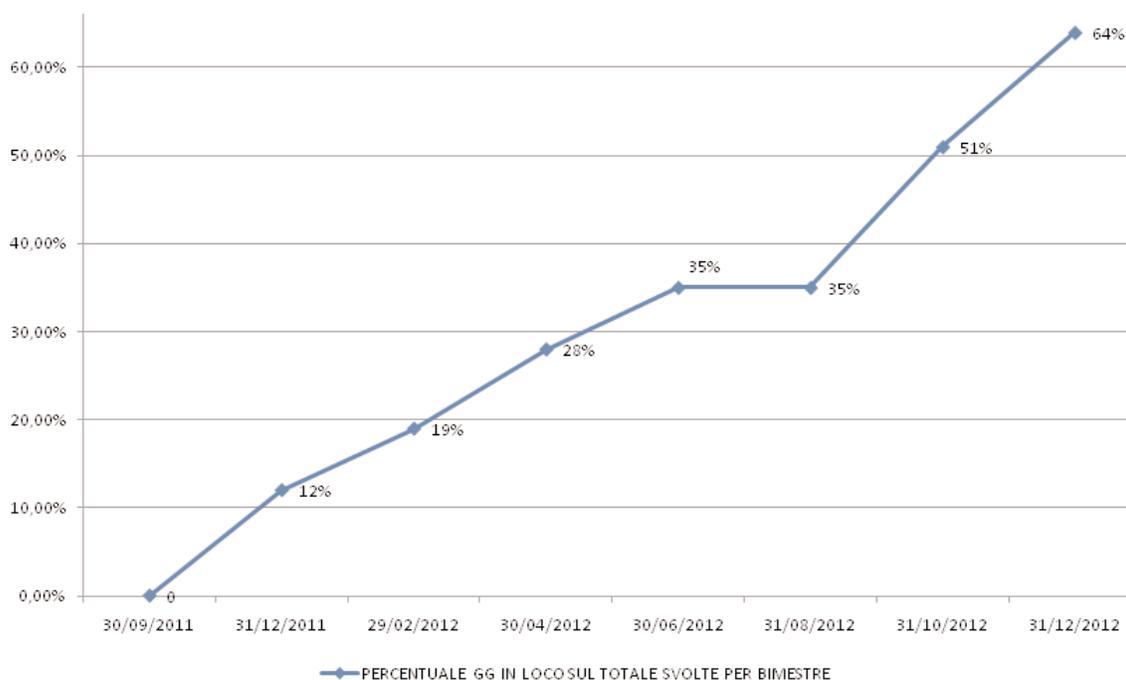
**Tabella 16: Giornate di AT in loco suddivise per bimestre espresse in percentuale sul totale**

	30/09/11	31/12/11	29/02/12	30/04/12	30/06/12	31/08/12	31/10/12	31/12/12	Totale gg Agenas svolte	
GG Agenas svolte per bimestre	202	1286	892	1095	1233,5	1069,5	1 290	1 536,5	8 604,5	100
GG non in loco	202	1130	722	788	798,5	700,5	635	557,0	5 532,5	64
GG in loco		156	170	307	435	369	656	979,5	3 072,0	36
Percentuale GG in loco sul totale		12%	19%	28%	35%	35%	51%	64%	36%	

220



**Andamento percentuale per bimestre delle giornate di AT in loco**



**Tabella 17: Personale regionale affiancato al 31/12/2012**

	Programma	VIS	TELEMED	SIR	HTA	totale
Calabria	23	11	11	22		67
Campania	32	7	11			50
Puglia	11	4				15
Sicilia	31	28			4	63
totale	97	50	22	21	4	194

Le giornate di AT complessive erogate da Agenas al secondo semestre 2012 sono state 8 605 (Tabella n 16) ed il personale regionale affiancato dal POAT Agenas è di 194 unità (Tabella n 17).

### **Problemi significativi incontrati e misure intraprese per risolverli**

Anche in questo semestre le attività di Agenas hanno incontrato delle difficoltà che rientrano in massima parte in un ambito sostanzialmente fisiologico e da ricondurre essenzialmente alla complessità del progetto ed alle note criticità dei vari contesti regionali.

In questo periodo si è assistito ad un forte incremento delle giornate di assistenza tecnica in loco e questo ha impattato positivamente sulla quantità e qualità del lavoro prodotto.

È stata risolta la criticità relativa al coordinamento della linea Sistemi Informativi Regionali della Campania e della Calabria con la formalizzazione dell'incarico del Dott Carlo Zocchetti. Il sostanzioso incremento delle attività è avvenuto anche in fisiologica e necessaria sinergia con la linea LT1 Programmazione cui la linea Sistemi Informativi Regionali fornisce indispensabili dati ed informazioni.

È stato quasi annullato il gap temporale della Calabria con la linea Telemedicina.

La linea VIS non ha avuto sostanziali problemi.

La linea LT1 Programmazione è per valenza strategica e per necessità di integrazione con le altre linee regionali verosimilmente la più rilevante delle linee POAT

Agenas Sulla reale e massima efficacia delle attività intraprese vale quanto osservato nelle relazioni precedenti con particolare riferimento alla necessità di una effettiva inclusione delle attività in corso in una forte ottica programmatoria regionale di tipo sistemico .

Ancora un certo ritardo è presente per le attività delle due linee trasversali in Puglia per una strutturale lentezza nell'inizio e nel procedere delle attività; anche in questo caso sono stati però fatti dei sostanziali miglioramenti ed è ovviamente, massima la disponibilità dei tecnici Agenas .

Nel complesso però le attività del POAT Agenas sono state indubbiamente fruttuose e positive.

222



Tutte le Linee hanno sostanzialmente proceduto nelle attività programmate anche se con la ormai consueta velocità variabile dipendente principalmente dalle complesse condizioni di contesto regionali; ciò potrebbe essere considerato a questo punto sostanzialmente strutturale e come tale forse solo parzialmente risolvibile.

A fronte di queste difficoltà oggettive e condizionanti si conferma che le regioni POAT si sono sempre mostrate sostanzialmente fortemente interessate e molto disponibili alle attività di AT Agenas.

I risultati non indifferenti in termini di prodotti ed attività effettuate ed in corso dimostrano inoltre l'efficacia dell'approccio metodologico messo in atto. Risultati ancora maggiori arriveranno alla conclusione delle attività attualmente in corso e programmate .

## **Attività Trasversali**

### **Linea Trasversale 1 (Programmazione)**

#### **Regione Calabria**

Le attività della Linea Trasversale 1 nella Regione Calabria così come definite nei semestri precedenti, sono proseguite con ritmo costante anche nel terzo semestre di attività del POAT .

- **Attività svolte:** (per i dettagli vedi [All n 1](#))

Nel corso del secondo semestre del 2012 sono state svolte diverse attività per supportare il ciclo della programmazione nella Regione Calabria. Al fine di ottemperare ai diversi fabbisogni individuati dalla Regione sono state sviluppate diverse attività con 3 momenti di incontro (18 settembre 2012, 15/16 ottobre 2012 e 22 novembre 2012) tenutisi in loco al fine di supportare, coordinare, supportare e verificare il corretto proseguimento dei lavori. Parte del lavoro è stato utilizzato a livello regionale per delle valutazioni preliminari. Di seguito viene descritto lo stato di avanzamento dei lavori per le seguenti attività:

- 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;
- Supporto al rafforzamento delle capacità di progettazione e conduzione di progetti sulla valutazione dello stato di salute e appropriatezza dell'assistenza;
- 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 tecnico specifico alla Stazione Unica Appaltante (SUA). In particolare tramite il supporto alla pubblicazione di procedure pubbliche per l'acquisizione di dispositivi medici per le Aziende Ospedaliere e Sanitarie pubbliche operanti nel territorio calabrese attraverso piattaforma telematica, elaborazione del disciplinare tecnico di gara per il service di Laboratorio Analisi, studio dei prezzi di riferimento finalizzati alla determinazione della base d'asta di gara per il service di Laboratorio Analisi, ridefinizione dei lotti deserti della gara regionale per "Sistemi Completi per l'esecuzione di Trattamenti Dialitici, supporto per la definitiva aggiudicazione della fornitura in service di attrezzature e materiale per l'"Anatomia Patologica"

- **Prodotti realizzati:** (per i dettagli vedi [All n 1](#))
  - Analisi dettagliata delle opportunità di supporto allo svolgimento delle diverse fasi che accompagnano il ciclo della programmazione, tabella descrittiva prodotti obiettivi
  - Analisi della mobilità passiva 2011 (bozza I) ([All n 2](#))
  - Ricognizione relazione sanitaria (bozza I) ([All n 3](#))
  - Prime indicazioni per la costruzione di un file con il linkage tra Anagrafe Assistibili (bozza I) ([All n 4](#))
  - Protocollo operativo per la realizzazione di una base di dati sperimentale contenente dati anagrafici e di consumo a partire dall'integrazione dei principali Flussi Informativi Sanitari ([All n 5](#))

## Regione Campania

Nel corso del secondo semestre sono state svolte, come programmato, diverse attività al fine di supportare il ciclo della programmazione. Per ciascuno dei fabbisogni individuati dalla Regione sono state sviluppate diverse attività con 5 momenti di incontro (03 ottobre 2012 e 05 novembre 2012, 06 novembre 2012, 14 novembre 2012, 14 dicembre 2012) tenutisi in loco al fine di supportare e verificare il corretto proseguimento dei lavori:

- **Attività svolte:**(per i dettagli vedi [All n 6](#))
  - LT1\_A - Supporto all'attuazione del monitoraggio e dell'osservazione continua dei fabbisogni regionali nel settore della salute
  - LT1\_B-E - Individuazione dei criteri integrativi e sostitutivi al criterio della spesa storica per la definizione dei fabbisogni di prestazioni sanitarie e sociosanitarie per la lungo assistenza e mantenimento
  - LT1\_C - Supporto all'alimentazione in itinere di banche dati su aspetti specifici del settore salute
  - LT1\_D - Analisi del ruolo dell'età e della deprivazione sociale quali determinanti del fabbisogno di tutela e promozione della salute

- **Prodotti realizzati:** (per i dettagli vedi [All n 6](#))
  - LT1\_A - Supporto all'attuazione del monitoraggio e dell'osservazione continua dei fabbisogni regionali nel settore della salute (stato di avanzamento) ([All n 7](#))
  - LT1\_B-E - Individuazione dei criteri integrativi e sostitutivi al criterio della spesa storica per la definizione dei fabbisogni di prestazioni sanitarie e sociosanitarie per la lungo assistenza e mantenimento (stato di avanzamento) ([All n 8](#))
  - LT1\_C - Supporto all'alimentazione in itinere di banche dati su aspetti specifici del settore salute (stato di avanzamento) ([All n 9](#))
  - LT1\_D - Analisi del ruolo dell'età e della deprivazione sociale quali determinanti del fabbisogno di tutela e promozione della salute (stato di avanzamento) ([All n 10](#))

## Regione Puglia

Nel corso del secondo semestre sono state svolte diverse attività al fine di supportare il ciclo della programmazione nella Regione Puglia. In questo periodo sono state sviluppate diverse attività con 2 momenti di incontro (31 ottobre 2012 e 07 dicembre 2012), tenutisi in loco al fine di supportare e verificare il corretto proseguimento dei lavori. Vi è stato un incremento delle attività anche se si auspica un ulteriore coinvolgimento:

- **Attività svolte:** (per i dettagli vedi [All n 11](#))
  - Analisi del ruolo dell'età e della deprivazione quali determinanti del fabbisogno di tutela e promozione della salute
  - Studio della mobilità extra ed intraregionale sia passiva che attiva
  - Integrazione dei flussi informativi (record linkage – BDA)
- **Prodotti realizzati:** (per i dettagli vedi [All n 11](#))
  - Materiali e metodi di calcolo dell'Indice di Deprivazione italiano per comune (bozza I) ([All n 12](#))

- Mobilità passiva extraregionale con particolare attenzione ad una possibile distinzione tra mobilità evitabile e non evitabile (bozza I) ([All n 13](#))
- BDA\_Stato di avanzamento (bozza I) ([All n 14](#))
- BDA\_Costruzione\_anagrafe POAT (bozza I) ([All n 15](#))
- BDA\_esempio diabete ([All n 16](#))

## Regione Sicilia

Nel corso del secondo semestre sono state svolte diverse attività al fine di supportare il ciclo della programmazione nella Regione Sicilia. Per ciascuno dei tre fabbisogni individuati dalla Regione sono state sviluppate diverse attività con 2 momenti di incontro (24 ottobre 2012 e 10 dicembre 2012), tenutisi in loco al fine di verificare il corretto proseguimento dei lavori:

- **Attività svolte:**(per i dettagli vedi [All n 17](#))
  - Analisi dei Fabbisogni delle popolazioni disagiate e studio delle determinanti: prosecuzione lavori
  - Mobilità e Ticket: prosecuzione lavori
  - Banca Dati Assistito: prosecuzione lavori
  - Tempi di Attesa: prosecuzione lavori
- **Prodotti realizzati:** (per i dettagli vedi [All n 17](#))
  - Salute, accesso ai servizi sanitari ed alle risorse economiche, culturali e sociali: Analisi dei principali risultati dell'indagine multiscopo Istat 2010 in Sicilia ai fini della programmazione sanitaria nell'ambito del Programma Operativo di Assistenza Tecnica (POAT) ([All n 18](#))
  - L'accessibilità territoriale dei servizi sanitari: Analisi delle distanze percorse nei ricoveri per disciplina in Sicilia ([All n 19](#))
  - Prime Elaborazioni per la costruzione della BDA tra anagrafe assistiti e consumi di prestazioni sanitarie ([All n 20](#))
  - Report monitoraggio ex ante dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali relativo al 2° semestre 2012, sia erogate in

modalità Istituzionale che in ALPI, secondo linee guida ministeriali e indicazioni del PNGLA 2010-2012 ([All n 21](#))

- Report monitoraggio dei tempi d'attesa PDT ( Ca Mammella - Ca Polmone- Ca Colon-Retto e By Pass aortocoronarico) su dati 2011 Il report è stato elaborato utilizzando la metodologia, approvata dal GdL interregionale, Agenas e MdS sui tempi d'attesa per i PDT complessi ([All n 22](#))

## Linea Trasversale 2 (VIS)

Le attività sono proseguite in tutte le regioni con un ritmo di sviluppo pressoché omogeneo, compresa la Puglia che dopo un periodo di iniziale difficoltà ha ripreso le attività in modo spedito grazie anche all'utilizzo del materiale e dell'esperienza già maturata nelle altre regioni che sta consentendo di recuperare il gap temporale accumulato in passato. Anche in questo caso valgono le considerazioni generali espresse nelle relazioni precedenti.

### Regione Calabria

Le attività del GdL VIS POAT in Calabria sono proseguite con evidente interesse e soddisfazione secondo la programmazione a suo tempo prevista e con una forte integrazione con le attività delle altre regioni POAT:

- **Attività svolte:** (per i dettagli vedi [All 23](#))
  - Presentazione, discussione e condivisione bozza delle linee guida VIS prodotto dai componenti del gruppo di lavoro;
  - Discussione sui modelli di reporting utilizzabili e pianificazione della fase di monitoring;
  - Planning per la seconda fase della linea progettuale dedicata alle simulazioni da svolgere per testare l'applicabilità delle Linee Guida;
  - Individuazione degli stakeholders di interesse da coinvolgere nelle simulazioni;
  - Condivisione e revisione del lavoro prodotto dai componenti della Regione Calabria;

- Condivisione di griglie esemplificative e modifiche del documento;
- Pianificazione di una simulazione sull'impatto dei depuratori in Calabria;
- Definizione del cronoprogramma sulla presentazione e condivisione della bozza del documento VIS
- **Prodotti realizzati:** (per i dettagli vedi [All n 23](#))
  - Stesura 4 bozza delle linee guida VIS ([All n 24](#))
  - Stesura 5 bozza delle linee guida VIS([All n 25](#))

## Regione Campania

Anche in questa regione le attività del GdL VIS POAT sono proseguite con evidente interesse e soddisfazione secondo la programmazione a suo tempo prevista e con una forte integrazione con le attività delle altre regioni POAT

- **Attività svolte:** (per i dettagli vedi [All n 26](#))
  - Resoconto dello stato dei lavori relativi all'implementazione e condivisione delle Linee Guida nelle Regioni Puglia, Calabria e Sicilia;
  - Discussione sulle criticità emerse durante la prima fase del lavoro;
  - Programmazione di un incontro preliminare con gli stakeholders politici per la presentazione del progetto a cui seguirà la condivisione con gli stakeholders "tecnici";
  - Revisione delle Linee Guida;
  - Brainstorming sulle possibili proposte che saranno oggetto di simulazione;
  - Presentazione dei risultati della ricerca riguardante la "Deprivazione dei Servizi Sociali e lo Stato di Salute (ospedalizzazione) nella popolazione anziana";
  - Presentazione dei risultati della ricerca sull' "abbandono scolastico" in particolar modo riguardo ai fattori di rischio;

- Definizione delle strategie per la comunicazione delle Linee Guida Regionali agli stakeholders
- **Prodotti realizzati:** (per i dettagli vedi [All 26](#))
  - Stesura 3 bozza delle linee guida VIS ([All n 27](#));
  - Stesura 4 bozza delle linee guida VIS ([All 28](#));
  - Bibliografia su “Deprivazione dei Servizi Sociali e lo Stato di Salute (ospedalizzazione) nella popolazione anziana“ ([All n 29](#));
  - Bibliografia su “abbandono scolastico” ([All n 30](#))

## Regione Sicilia

Le attività delle attività del GdL VIS POAT in Sicilia sono state caratterizza da un ottimo interesse e coinvolgimento e sono proseguite secondo la prevista ed anche in questo caso con una forte integrazione con le attività delle altre regioni POAT

- **Attività svolte:** (per i dettagli vedi [All n 31](#))
  - briefing con il referente Regionale e suoi collaboratori per la condivisione del planning di lavoro;
  - brainstorming finalizzato alla stesura della bozza definitiva delle Linee Guida
  - presentazione e discussione della bozza prodotta dai componenti del gruppo di lavoro della Regione Sicilia ( 4 bozza LG Luglio VIS);
  - organizzazione evento per la presentazione e la condivisione della bozza del documento VIS ai rappresentanti della Consulta;
  - individuazione dei possibili ambiti di applicazione per la sperimentazione delle Linee Guida;
  - breafing del gruppo di Lavoro per la condivisione del programma della giornata (presentazione, condivisione del documento VIS con i rappresentanti della Consulta);

- coordinamento dell'evento di presentazione delle Linee Guida VIS ai rappresentanti della Consulta
- **Prodotti realizzati:** (per i dettagli vedi [All n 31](#))
  - Stesura 4 bozza delle linee guida VIS ([All n 32](#));
  - Stesura 5 bozza delle linee guida VIS ([All n 33](#))

## Regione Puglia

Le attività del GdL POAT VIS sono avvenute con discreto interesse e partecipazione utilizzando in parte l'esperienza metodologica maturata dai GDL di altre regioni e focalizzandosi su alcuni aspetti ritenuti di maggiore interesse per il proprio contesto regionale. È stato parzialmente recuperato il ritardo precedentemente accumulato:

- **Attività svolte:** (per i dettagli vedi [All n 34](#))
  - analisi della documentazione metodologica relativa alle bozze di linee guida VIS prodotte dalle altre tre regioni partecipanti al POAT e le linee guida di altre realtà regionali;
  - programmazione incontro per il confronto sulla documentazione e validazione del percorso definito;
  - individuazione degli stakeholder per l'avvio del processo partecipativo finalizzato alla condivisione delle linee guida;
  - strutturazione delle LG VIS-Puglia
  - individuazione delle tematiche da sottoporre a simulazione VIS;
  - planning dei prossimi incontri;
  - revisione dell'ultima versione del manuale predisposto dalla Sicilia, per verificare le necessità di adattamento alla realtà locale;
  - valutazione della possibile interazione con le attività in corso nell'ambito del progetto CCM "Salute in tutte le politiche";
  - proposta di organizzare un incontro tra tutte le regioni destinatarie dell'intervento POAT al fine di verificare l'opportunità

di condividere la metodologia e/o casi studio specificamente attivati nelle diverse realtà;

- presentazione da parte del Gruppo di Lavoro Regionale del caso studio pugliese relativo alla promozione attiva della salute con particolare riferimento alla dieta mediterranea concentrando l'attenzione sulla refezione scolastica
  - nel frattempo saranno avviate le preliminari attività di revisione della letteratura (da parte di Agenas) e di censimento di piani/programmi/interventi
  - presentazione di piano di lavoro e fasi operative per la sperimentazione VIS su Politiche di valorizzazione dei prodotti tipici locali Regione Puglia e politica economica di introduzione del ticket;
  - proposta di effettuare uno studio epidemiologico sulla popolazione diabetica in cui confrontare la tipologia di reddito e gli impatti sulla salute;
  - cronoprogramma di lavoro
- **Prodotti realizzati:** (per i dettagli vedi [All n 34](#))
    - Bibliografia relativa alla refezione scolastica ([All 35](#))

## Attività Regionali

### Regione Campania

#### Linea Regionale 1 (Telemedicina)

Si confermano le precedenti osservazioni riguardanti anche in questo caso la comune matrice metodologica ma fortemente contestualizzata per ottemperare agli specifici fabbisogni regionali. Le attività stanno procedendo celermente e con evidente interesse e profitto. Da mettere in evidenza il supporto che viene dato, ove possibile, alla massima integrazione delle attività di Telemedicina con altre attività istituzionali regionali anche extra POAT.

- **Attività svolte:** (per i dettagli vedi [All n 36](#))

Il secondo semestre ha riguardato le attività di chiusura della Fase 1 e volte alla costruzione del Quadro di Riferimento per la Telemedicina in Regione e alla programmazione delle attività per la fase 2, che inizierà a Gennaio 2013.

Le attività di assistenza tecnica ai beneficiari della LV1, svolte per la conclusione della fase 1, sono le seguenti:

- Aggiornamento delle iniziative di Telemedicina censite, sulla base di nuove segnalazioni;
- Completamento dell'analisi della letteratura nazionale e internazionale nel settore della Telemedicina (vedi TQ03) per identificare le iniziative e le esperienze più significative sviluppate, i risultati delle valutazioni di efficacia e di costi benefici degli interventi, le raccomandazioni della Commissione Europea e degli altri enti autorevoli, nonché le misure e i meccanismi messi in atto da istituzioni nazionali e regionali per governare il fenomeno;
- Completamento dell'analisi della programmazione sanitaria Regionale per identificare i fabbisogni e le opportunità offerte dalla Telemedicina per l'attuazione degli interventi programmatici di miglioramento dell'assistenza sanitaria, esplicitati dalla documentazione istituzionale;
- Definizione delle modalità organizzative dell'assistenza sanitaria orientate alla telemedicina, al fine di sistematizzare il settore sotto gli aspetti dei modelli organizzativi esistenti;
- Definizione di un formato per la descrizione strutturata di uno Scenario relativo ad un Servizio Sanitario adatto ad un intervento di Telemedicina;
- Elaborazione del Quadro di Riferimento, prodotto finale della Fase 1, destinato a costituire la base conoscitiva comune per tutti gli attori che, secondo un approccio multidisciplinare, dovranno interagire nelle successive fasi della LV1;
- Presentazione delle attività della Fase 1 ai referenti di

Telemedicina delle Aziende Regionali;

- Organizzazione e programmazione delle attività della Fase 2, con costituzione di 4 Focus Group, cui prenderanno parte, secondo un approccio multi-disciplinare anche i referenti delle aziende sanitarie campane ed altri esperti con competenza specifica sulle tematiche affrontate
- **Prodotti realizzati:** (per i dettagli vedi [All n 36](#))

Oltre all'assistenza tecnica in loco e la costituzione dei Focus Group, sono stati prodotti una serie di documenti numerati attraverso un codice identificativo, in base alla categoria cui appartengono .

I documenti fanno parte dei risultati preventivati e richiesti nei fabbisogni espressi dalla Regione ed in particolare:

- Predisposizione di un “catalogo” di progetti di telemedicina;
- Definizione di schede per la descrizione di progetti di telemedicina;
- Acquisizione di idee progettuali di telemedicina da parte delle ASL/AO; Analisi ed approfondimenti delle idee progettuali presentate con la comparazione dei diversi aspetti dell'intervento: tecnologico, organizzativo, normativo, economico, culturale, professionale, strutturale

Di seguito l'elenco:

- TC09: Aggiornamento Report scheda #2 approfondimento (fabbisogno LV1-a ) ([All n 37](#))
- TQ03: Telemedicina - Analisi della letteratura: buone pratiche, valutazioni, strategie istituzionali, raccomandazioni (fabbisogno LV1-a) ([All n 38](#))
- TQ04: Analisi dettagliata delle opportunità di utilizzo di Componenti di Telemedicina per assecondare gli obiettivi di pianificazione in Campania (fabbisogno LV1-a) ([All n 39](#))

## Linea Regionale 2 (Sistemi Informativi)

Le attività in Campania sono proseguite con celerità utilizzando molti aspetti metodologici già utilizzati con efficacia dalla stessa linea in Calabria. Parallelamente è continuata l'attività sinergica di integrazione e di supporto alla LT1. Il nuovo Coordinatore della linea Ing. Carlo Zocchetti ha condiviso la precedente impostazione e facilitato le attività già in corso. In Allegato è riportata solo la reportistica dell'enorme quantità di dati elaborata dal GdL nel corso delle proprie attività. È stato colmato parte del ritardo rispetto alla Calabria.

- **Attività svolte** (per i dettagli vedi [All n 40](#))
  - Data Quality Assessment – Produzione di una Scheda finalizzata al censimento dei Flussi Informativi Sanitari di Regione Campania
  - Data Quality Assessment – Condivisione di un documento sulla metodologia orientata ad attività di validazione della qualità dei dati
- **Prodotti realizzati:** (per i dettagli vedi [All n 40](#))
  - Produzione di una scheda di rilevazione finalizzata alla raccolta di informazioni sulla gestione dei Flussi Informativi Sanitari di Regione Campania ([All n 41](#))
  - Produzione di un documento che illustra la metodologia adottata in merito alle attività di Data Quality Assessment sui Flussi Informativi Sanitari in Regione Campania e Regione Calabria ([All n 42](#))

## Regione Calabria

### Linea Regionale 1 (Sistemi Informativi)

- **Attività svolte** (per i dettagli vedi [All n 43](#))

Si ricordano le osservazioni della relazione precedente. Le attività della linea e del GdL sono proseguite con alacrità e soddisfazione della regione.

- Anagrafe Regionale Assistiti – Acquisizione di forniture richieste ad hoc per la fase di assessment

- Anagrafe Regionale Assistiti – Acquisizione dello storico disponibile (variazioni, in termini di scelte e revoche, aggiornate a Giugno 2012)
- Anagrafe Regionale Assistiti – Data Quality Assessment
- Anagrafe Sanitaria Nazionale – Acquisizione di forniture richieste ad hoc per la fase di assessment
- Anagrafe Sanitaria Nazionale – Data Quality Assessment
- Feature selection e record linkage tra Anagrafe Regionale Assistiti e Anagrafe Sanitaria Nazionale – Lettura integrata dei Flussi Informativi dell'Anagrafe ed analisi
- Anagrafe MMG/PLS – Acquisizione di forniture richieste ad hoc per la fase di assessment
- Anagrafe MMG/PLS – Data Quality Assessment
- Schede di Dimissione Ospedaliera – Acquisizione della fornitura 2012 parziale
- 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 Febbraio 2012
- Feature selection e record linkage tra SDO e Anagrafe Sanitaria SOGEI – Confronto tra la data di dimissione registrata nel flusso SDO 2011, per i soli soggetti con mortalità intraospedaliera, e la data di fine validità del SSN per decesso presente nel flusso Anagrafe Sanitaria SOGEI Febbraio 2012
- Schede di Dimissione Ospedaliera Mobilità Attiva – Supporto tecnico per la produzione dei file di mobilità per le fasi di:
  - primo invio;
  - controdeduzioni

- Schede di Dimissione Ospedaliera Mobilità Passiva – Supporto tecnico per la produzione dei file di mobilità per la fase di:
  - contestazioni
- ISTAT D 11, ISTAT D 12 – Confronto, per i periodi disponibili (incluso il parziale 2012), tra i volumi relativi a ricoveri per Aborti Spontanei e Interruzioni Volontarie di Gravidanza (da Flusso SDO) e i volumi rilevati attraverso i modelli ISTAT
- Indicatori di valutazione per percorso assistenziale – Supporto tecnico alla lettura integrata dei Flussi Informativi Sanitari delle SDO e delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali per il calcolo degli indicatori di valutazione del percorso assistenziale in oncologia (schede prodotte dal Laboratorio MeS – Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa)
- PNGLA – Supporto tecnico alla lettura integrata dei Flussi Informativi Sanitari delle SDO e delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali per il monitoraggio dei tempi d’attesa per patologie neoplastiche e bypass aortocoronarico
- **Prodotti realizzati:**(per i dettagli vedi [All n 43](#))
  - Produzione di un documento che illustra la metodologia adottata in merito alle attività di Data Quality Assessment sui Flussi Informativi Sanitari in Regione Campania e Regione Calabria ([All n 42](#));
  - Anagrafe Regionale Assistiti– Data Quality Assessment: i risultati dell’analisi sono stati prodotti in forma tabellare ([All n 44](#));
  - Anagrafe Sanitaria Nazionale – Data Quality Assessment: i risultati dell’analisi sono stati prodotti in forma tabellare ([All n 44](#));
  - 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 ([All n 44](#));

- Anagrafe MMG/PLS – A partire dalla fornitura di Giugno 2012 si è verificata l'eventuale presenza di MMG/PLS presentanti duplicazione e/o associati a più Aziende Sanitarie Provinciali (All n 45);
- Feature selection e record linkage tra SDO e Anagrafe Sanitaria Nazionale – Data Quality Assessment: i risultati dell'analisi sono stati prodotti in forma tabellare (All n 46);
- Schede di Dimissione Ospedaliera Mobilità attiva/passiva – Processo di analisi dell'attività di ricovero secondo quanto previsto dall'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria (All n 47);
- ISTAT D 11, ISTAT D 12 – Confronto, per i periodi disponibili (incluso il parziale 2012), tra i volumi relativi a ricoveri per aborti spontanei e interruzioni volontarie di gravidanza (da flusso SDO) e i volumi rilevati attraverso i modelli ISTAT: i risultati sono stati prodotti in forma tabellare (All n 48);
- Indicatori di valutazione per percorso assistenziale – Supporto tecnico alla lettura integrata dei Flussi Informativi Sanitari delle SDO e delle Prestazioni specialistiche ambulatoriali per il calcolo degli indicatori di valutazione del percorso assistenziale in oncologia (schede prodotte dal Laboratorio MeS – Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa) (All n 49);
- PNGLA – Supporto per l'utilizzo integrato delle SDO e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, finalizzato alla verifica dei tempi d'attesa dei percorsi diagnostico-terapeutici, secondo le metodiche previste dal piano nazionale per il governo delle liste d'attesa 2010-2012, per neoplasia del colon-retto, neoplasia del polmone, neoplasia della mammella e bypass aortocoronarico (All n 50)
- Protocollo operativo per la realizzazione di una base di dati sperimentale contenente dati anagrafici e di consumo a partire dall'integrazione dei principali Flussi Informativi Sanitari (All n 51);

## Linea Regionale 2 (Telemedicina)

- **Attività svolte** (per i dettagli vedi [All n 51](#))

Il secondo semestre ha riguardato le attività di chiusura della Fase 1 della Linea Verticale/Regionale 2 in Calabria, volte alla costruzione del Quadro di Riferimento per la Telemedicina in Regione Calabria e alla programmazione delle attività per la Fase 2 (che inizierà a Gennaio 2013) e le attività di redazione delle prime Linee Strategiche sulla Telemedicina in Calabria (attività che già possono considerarsi di Fase 2) Anche in questa regione viene dato, ove possibile, supporto all'utilizzo ed all'integrazione della Telemedicina nelle altre attività istituzionali ed alla fruizione di fondi ad essa dedicati .

Le attività svolte in questo periodo sono le seguenti:

- 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;
- Rassegna delle buone pratiche nazionali ed internazionali (base per i lavori dei Gruppi di discussione durante la Fase 2);
- Completamento dell'analisi dei documenti di programmazione regionale (anche con interviste ai dirigenti regionali interessati) e delle sintesi di normative e raccomandazioni italiane ed estere (con esempi di pianificazione strategica di interventi regionali organici sulla Telemedicina);
- Individuazione dei potenziali scenari più rilevanti in riferimento ad ogni modalità, contestualizzata per una particolare patologia o problema, per le soluzioni tecnologiche coinvolte, e per un contesto concreto;
- Individuazione di una lista di positive esperienze di Telemedicina già attive in Regione Calabria, con indicazione della relativa importanza strategica (derivante da matrice di valutazione dei tre parametri programmazione, validità, esperienza)

- 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;
- Assistenza tecnica e supporto all'attivazione di un sistema di tele cardiologia della Regione Calabria (corrispondente al fabbisogno 2 1 2 "Supporto all'attivazione di un sistema di tele cardiologia" e al fabbisogno 2 1 1 1 "Supporto alla progettazione di una rete telemedicina per la trasmissione di informazioni ed immagini (teleconsulto, teleanalisi di laboratorio, telediagnosi cardiologica ECG e realizzazione di un portale): Teleconsulto cardiologico");
- Assistenza tecnica e supporto all'attivazione di un sistema di tele radiologia della Regione Calabria (corrispondente al fabbisogno 2 1 1 3 "Supporto alla progettazione di una rete telemedicina per la trasmissione di informazioni ed immagini (teleconsulto, teleanalisi di laboratorio, telediagnosi cardiologica ECG e realizzazione di un portale): Teleradiologia")
- **Prodotti realizzati:** (per i dettagli vedi [All n 51](#))

Oltre all'assistenza tecnica in loco e la costituzione del gruppo di lavoro congiunto Regione – Agenas, sono stati prodotti una serie di documenti numerati attraverso un codice identificativo, in base alla categoria cui appartengono .

I documenti fanno parte dei risultati preventivati e richiesti nei fabbisogni indicati in precedenza

- BQ16 Supporto all'attivazione di un sistema di tele radiologia: progetto della Regione Calabria ([All n 52](#))

## Regione Sicilia

### Linea Regionale 8 (HTA)

- **Attività svolte** (per i dettagli vedi [All n 53](#))

Nel periodo di riferimento si sono svolti 3 incontri (18 luglio, 20 settembre e 27 novembre presso l'Assessorato alla sanità), e 2 laboratori (18 luglio e 27 novembre) ed una web conference in data 20 ottobre

- È stata conclusa la survey sui processi decisionali aziendali
- È stato predisposto e messo on-line il bando per l'istituzione dell'Albo regionale dei professionisti a supporto dell'HTA
- Sono stati predisposti: a) un modello standard per l'acquisizione delle nuove tecnologie, b) una check list per la valutazione delle richieste di nuove tecnologie
- Sulla base dei risultati della survey è stato attivato il confronto, richiesto dalle strutture regionali, con il Nucleo Tecnico Regionale HTA (NTHTA) allo scopo di sviluppare le Linee guida regionali. Con tali finalità sono state raccolte le proposte dello stesso e discussi gli aspetti principali

- **Prodotti realizzati:** (per i dettagli vedi [All n 53](#))

Tutti i prodotti realizzati sono finalizzati alla standardizzazione di procedure e modalità collaborative funzionali all'operatività di un modello di rete regionale per l'HTA

- Report survey sui processi decisionali aziendali ([All n 54](#));
- Sito web per call professionisti HTA ([All n 55](#));
- Modello richiesta tecnologie (1 bozza);  
Check list HTA (1 bozza)

C'è da rilevare che, a far data dal 9 ottobre 2012, a seguito della deliberazione consiliare n. 19 del 26/09/2012 del Consiglio di Amministrazione dell'Ente, Agenas ha disposto la fusione delle due Sezioni di funzionamento "Affari Generali e Gestione del Personale" e "Ragioneria ed Economato", in una nuova Sezione, denominata "Risorse Umane, Organizzazione e Bilancio" (ROB). Essendo rimaste inalterate, almeno per la parte rimanente del secondo semestre 2012, le principali attività delle due sezioni, anche per una maggiore utilità di esposizione, le stesse vengono di seguito riportate ancora in maniera separata.

In particolare, anche in linea con le precedenti relazioni semestrali, le attività del presente capitolo continuano quindi a riferirsi alla sezione: Affari Generali e Personale (AGP), e quelle relative al capitolo seguente, Gestione economica e finanziaria, vanno ricondotte alla sezione: Ragioneria ed Economato (RAG).

Nella sintetica relazione che segue sono evidenziate le principali attività svolte nel secondo 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.

## Personale

### Gestione del personale

La Sezione cura la gestione del personale dell'Agazia Tale gestione riguarda sia il personale dipendente, sia il personale con 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 ).

In ottemperanza al Decreto Legislativo n 150 del 27 ottobre 2009 che, come noto, ha 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 la Sezione ha continuato ad assicurare - all'interno del sito dell'Agazia [www.agenas.it](http://www.agenas.it), chiamato "Operazione Trasparenza", la regolare pubblicazione dei 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 on-line la relativa "scheda dati".

In merito al personale, entro i rispettivi termini previsti, sono stati effettuati, come di norma, gli adempimenti previsti nel semestre in esame, di seguito elencati:

- "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'Agazia Tale adempimento è assicurato attraverso lo specifico account attivo presso il sito dedicato ("[www.anagrafeprestazioni.it](http://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 agli incarichi conferiti nel primo semestre a personale esterno);

- 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.

In reazione alle procedure di mobilità, di cui all'art 30 del decreto legislativo n 165/2001 e successive modifiche ed integrazioni, la sezione - nel semestre di riferimento - ha proceduto a curare gli aspetti amministrativi e contabili relativi all'immissione in ruolo, con decorrenza dal 1° agosto 2012, di quattro unità di personale, di cui due unità appartenenti all'Area III (un dirigente biologo e un dirigente farmacista) e due unità appartenenti all'Area IV (due dirigenti medici).

In relazione al decreto legge n 95 del 6 luglio 2012 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario", convertito, con modificazioni nella legge 35/2012, la Sezione ha provveduto alla predisposizione delle tabelle – richieste dal proprio Ministero vigilanze - relative alla riduzione della dotazione organica di questo Ente medesimo, in ottemperanza al richiamato decreto legge 95/2012.

La Sezione, nel corso del semestre considerato, ha infine curato le attività finalizzate alla nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) in forma monocratica ex art 14 del D Lgs 150/2009 dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, curando, sia la pubblicazione sul sito istituzionale di questa Agenzia del relativo avviso pubblico, sia i lavori della Commissione di selezione all'uopo istituita con deliberazione direttoriale n 800 del 10 ottobre 2012.

### **Relazioni sindacali - Personale del comparto**

In relazione al semestre in esame, la Sezione AGP ha predisposto la bozza dell'ipotesi di accordo integrativo aziendale per l'anno 2012

## Relazioni sindacali – Personale dirigente Area III e Area IV

In relazione al semestre in esame la Sezione AGP ha predisposto la bozza dell'ipotesi di accordo integrativo aziendale per l'anno 2012

## Affari generali

### Settore informatico

Il settore informatico, ha operato con continuità nello svolgimento di tutte le attività finalizzate ad assicurare il supporto, la manutenzione e l'aggiornamento di tutta l'infrastruttura informatica e delle postazioni di lavoro tecnologico di tutto il personale dell'Agenzia.

Nel semestre in esame ha continuato nello sviluppo e nella gestione del portale ECM (Educazione Continua in Medicina) e di tutto il sistema informatico gestionale necessario all'espletamento delle relative funzioni.

Nel semestre in esame sono state sviluppate o completate una serie di sistemi WEB per coadiuvare le attività istituzionali dell'Agenzia o per fornire strumenti informatici alla realizzazione di progetti di ricerca.

Di seguito la lista dei sistemi informatici gestiti dal settore nel semestre:

- Sistema ECM della Commissione Nazionale
- Sistemi ECM Regionali, realizzati a seguito di convenzioni specifiche realizzate con le Regioni che hanno richiesto il supporto dell'Agenzia
- Osservatorio Buone Pratiche
- Monitoraggio Raccomandazioni Eventi Sentinella
- Poat
- Immigrati
- HTA
- Attività Libero-Professionale Intramoenia

## Settore protocollo

Nel corso del secondo 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 semestre di riferimento sono stati protocollati e archiviati, anche in formato ottico complessivi 7 050 documenti .

Sono state altresì concluse le attività di l'archiviazione informatica di tutta la documentazione antecedente l'introduzione del protocollo informatico.

## Centro Stampa

Ha avuto prosecuzione l'acquisizione della documentazione prodotta nell'ambito della "Biblioteca virtuale" con l'attivazione di ulteriori funzioni di accessibilità nell'ambito del collegamento appositamente creato. Si è assicurato il supporto alle attività di manutenzione e aggiornamento istituzionale. Particolare attenzione è stata riservata ad un attento monitoraggio ed aggiornamento delle pagine web dedicate alle procedure di gara .

Nel mese di ottobre 2012 la Sezione ha curato la stampa del volume (n 1 650 copie) "Accordi in ambito ECM" per la 3° conferenza nazionale ECM che si è svolta nella città di Cernobbio.

Nel mese di novembre la Sezione ha, altresì, curato la predisposizione e la stampa del volume "Buone Pratiche 2012" (n 470 copie) nonché la realizzazione del materiale informativo (brochure, segnalibri, poster, materiale da convegno personalizzato; ecc ) prodotto per il convegno nazionale sulle Buone Pratiche tenutosi ad Arezzo .

Da ultimo, giova evidenziare che nel semestre in esame sono stati prodotti n 525.000 fogli e sono stati rilegati n 8.459 fascicoli .

Alla presente relazione vengono al riguardo allegati due grafici, dei quali un istogramma contenente il numero delle stampe complessivamente realizzate per le singole sezioni (cfr [allegato AGP 1](#)) e un grafico a torta contenente l'indicazione del valore che, con particolare riferimento ad alcune sezioni di questa Agenzia, ha

maggiormente “pesato” sul computo generale delle riproduzioni per le stesse complessivamente prodotte (cfr [allegato AGP 2](#)).

## Centralino

Il centralino ha continuato ad assicurare il servizio di prenotazione delle sale riunioni anche presso altre sedi, 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, assicurando al contempo la circolarità della documentazione distribuita tra i partecipanti non intervenuti alla riunione.

Nello specifico il personale addetto ha curato le attività di prenotazione e allestimento di circa 72 riunioni (delle quali 70 tenutesi presso la sala Atlante della sede di via Puglie 23 e 2 riunioni svoltesi presso la sala riunioni della sede di via del Fornetto 85), alle quali hanno preso parte circa 304 partecipanti.

## Attività di ricerca corrente e finalizzata

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.

Nel corso del semestre si è provveduto, quindi, a seguire i lavori relativi al II 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.

Sono proseguite le attività relative al primo anno del progetto di ricerca finalizzata 2009 “Methods for investments/disinvestments and distribution of health technologies in Italian Regions – MIDDIR”; finanziamento concesso: € 480.000.

Sono, inoltre, continuate le attività relative al programma di ricerca corrente anno 2011 (finanziamento € 500.000) .

Nel corso del semestre in esame si è provveduto a continuare l'attività di gestione amministrativa per quanto concerne i programmi di ricerca approvati già dall'anno 2009 in ambito Ccm<sup>19</sup>, soprattutto nell'affiancamento alle Regioni relativamente alle attività di conclusione dei progetti:

- a) La valutazione della performance: programma di valutazione delle decisioni e delle attività sanitarie; finanziamento concesso: € 800.000;
- b) La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei sistemi regionali; finanziamento concesso: € 580.000;
- c) 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.

Sempre il secondo semestre 2012, inoltre, ha visto lo sviluppo delle attività dei due progetti Ccm anno 2010 ai fini della predisposizione della documentazione finale per la successiva presentazione al Ministero, anche in questo caso affiancando le Unità Operative nella realizzazione di quanto necessario per la chiusura dei lavori:

- 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.

Il periodo preso in esame ha visto, altresì, il proseguimento dei lavori relativi ai seguenti progetti Ccm anno 2011:

- a) “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;

---

<sup>19</sup> 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

- b) “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;
- c) “Ricerca di buone pratiche nella metodologia di pianificazione dei fabbisogni delle professioni sanitarie”; finanziamento concesso: € 30.000;
- d) “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;
- e) “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 singolo 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;
- f) “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;
- g) “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.

Sono, inoltre, stati avviati i seguenti otto progetti Ccm 2012 (in tutti Agenas è capofila):

- a) Sostegno al network della evidence-based-prevention”; finanziamento concesso: € 90.000,00;
- b) “La presa in carico delle persone con mielolesione nelle regioni italiane: implementazione dei percorsi di cura integrati ospedale territorio e degli strumenti di gestione”; finanziamento concesso: € 496.500,00;
- c) “L’impatto dei modelli proattivi implementati a livello regionale per l’assistenza alle persone affette da patologie croniche”; finanziamento concesso: € 180.000,00;

- d) Implementazione di programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti, modificabili e non”; finanziamento concesso: € 180.000,00;
- e) Revisione OCSE sulla qualità dell’assistenza sanitaria in Italia”; finanziamento concesso: € 130.000,00;
- f) Studio delle prospettive di sviluppo dei servizi di riabilitazione diretti a soddisfare la domanda di salute e di autonomia funzionale dei soggetti disabili con particolare riferimento alla sostenibilità delle politiche sanitarie centrali e regionali nel settore e alla integrazione tra sociale e sanitario”; finanziamento concesso: € 250.000,00;
- g) Realizzazione di un sistema standardizzato di misure delle disuguaglianze di salute, in sistemi di indagine e sorveglianza già disponibili, al fine di identificare priorità e target, e valutare l’impatto di interventi di contrasto”; finanziamento concesso: € 280.000,00

### **Attività di collaborazione per la realizzazione di programmi e progetti speciali**

Sono proseguite le attività del III Accordo Siveas (finanziamento € 1.500.000,00) si è dato avvio alle attività relative al 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 00) e HTA V (finanziamento € 450.000);
- Sottoscrizione del VI Accordo HTA (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 II anno dei lavori che hanno visto il coinvolgimento di tutte le Regioni italiane;
- Convenzione per il supporto al Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (finanziamento € 414.748) l’accordo sottoscritto con

il Ministero della Salute nel dicembre 2011 ha visto nel II semestre 2012 la prosecuzione delle relative attività. È stato effettuato il costante monitoraggio delle spese del Nucleo che ha permesso l'emissione della prima rendicontazione dei costi, inviata al Ministero della Salute il 18 dicembre 2012. Inoltre è stato stampato presso il centro stampa Agenas della Sezione AGP il primo report di valutazione ex post "Programma Straordinario di Investimenti in edilizia e tecnologia sanitarie".

Si sono concluse 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).

250

Sono proseguiti i lavori relativi ai seguenti accordi:

- Accordo di collaborazione gestionale Agenas/Regione Siciliana (finanziamento € 721.000,00) per interventi finalizzati a promuovere e consolidare i processi di sviluppo avviati nella sanità della Regione stessa;
- Accordo di collaborazione finalizzato al supporto di integrazione interdipartimentale Regione Siciliana (finanziamento: € 80.000)
- Convenzione Agenas/Società Regionale per la Sanità della Regione Campania (finanziamento € 40.000).

È stato sottoscritto l'Accordo con il Ministero della Salute finalizzato a una campagna informativa per la mappatura delle reti di cure palliative e di terapie del dolore attive presso le Regioni (finanziamento € 79 267,00).

Si è, inoltre, ulteriormente ampliato il numero delle Regioni che hanno evidenziato la volontà di avvalersi del supporto tecnico-scientifico dell'Agenas 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 ha continuato ad assicurare, inoltre, il supporto alle attività dei due giovani ricercatori (Principal Investigator) che hanno vinto i bandi di ricerca indetti dal Ministero della Salute per l'anno 2008 e 2009.

La Sezione ha, pertanto, 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 .

Nel medesimo 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”.

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).

È stata, inoltre, sottoscritta la convenzione per la Revisione n 3 all’Accordo relativo al progetto europeo “Improving patient safety of hospital care through day surgery (Day Safe)”.

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 AGP ha costantemente continuato l’espletamento delle attività amministrative di propria specifica competenza, al fine di supportare la corretta realizzazione delle attività di supporto tecnico scientifico alle quattro regioni oggetto dell’obiettivo convergenza (Calabria, Campania, Puglia, Sicilia), di cui alla convenzione in essere con il Ministero della Salute.

Nello specifico, nel secondo semestre 2012 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 della Salute sono state presentate due rendicontazioni (luglio-agosto-settembre e ottobre-novembre-dicembre) 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.

È stata realizzata, con cadenza settimanale, la stesura del calendario degli incontri tematici svolti ai gruppi di lavoro nelle diverse sedi regionali .

252

Nel periodo in esame sono state inoltre effettuate, con le cadenze rispettivamente indicate, le seguenti elaborazioni :

- con cadenza bimestrale, tre monitoraggi, delle giornate uomo rese sino al 31 dicembre 2012, con distinzione di quelle svolte presso le Regioni da quelle svolte presso Agenas;
- con cadenza trimestrale, due report delle attività tecnico-scientifiche ed amministrative;
- 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 .

Sono, pertanto, continuate le attività dei progetti:

- “Creazione di un sistema di valutazione esiti del SSN: efficacia delle prestazioni del SSN”;
- “Sviluppo e sperimentazione di un sistema per l'autovalutazione, la valutazione esterna e il miglioramento della sicurezza delle strutture sanitarie”;
- “Monitoraggio dei modelli di valutazione delle performance nell'ambito delle strutture del SSN”, con il modulo gestionale “General Management delle aziende sanitarie” afferente al progetto stesso;
- “Predisposizione di linee guida di diagnostica prenatale”, con il modulo “La valutazione della qualità nei punti nascita” afferente al progetto stesso;
- “RIHTA – Sviluppo delle attività di valutazione sistematica delle tecnologie sanitarie”;
- “Supporto per gli acquisti di tecnologie sanitarie e monitoraggio prezzi”

Sempre nell'ambito delle attività di Ricerca Autofinanziata sono altresì stati avviati i seguenti progetti:

- “Empowerment dei professionisti in sanità: proposta di un sistema di rilevazione”;
- “Sistema per la Composizione di Indicatori di Attività Regionali – SCIA-RE”;
- “Democrazia deliberativa e giurie dei cittadini” – Servizio di consulenza scientifica per la promozione dell'Empowerment di comunità attraverso lo sviluppo e la diffusione di metodi decisionali per il coinvolgimento dei cittadini in sanità;
- “Sicurezza in chirurgia”;
- “Osservatorio nazionale sulle retribuzioni e prestazioni del SSN”, con il relativo sottoprogetto “Analisi di clima nella gestione del ciclo della performance”;
- “Summer school per leader civici sull'Health Technology Assessment”;

- “Community per le Malattie Rare”;
- “Supporto alle Regioni nel governo della rilevazione dei sinistri finalizzato al miglioramento della qualità e della sicurezza – SIMES”;
- “Sviluppo e validazione di un set di indicatori per monitorare la Long Term Care degli anziani non autosufficienti”, con il relativo sottoprogetto “Progetto Operativo: nuovi modelli organizzativi e gestionali dell’assistenza primaria”

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.

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).

### **Pianificazione delle attività contrattuali dell’Agenzia**

Nel corso del secondo semestre 2012 hanno avuto regolare prosecuzione e conclusione le attività contrattuali già avviate nel corso del primo 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 .

In particolare, nel corso del periodo di riferimento, la competente Sezione ha provveduto alla indizione e conclusione di circa 86 procedure di acquisizione di beni e servizi necessari a garantire il regolare ed efficiente svolgimento delle attività istituzionali di questa Agenzia.

Come previsto dalla vigente normativa, tali procedure sono state attuate in osservanza delle 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).

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, indipendentemente dalla tipologia di procedura adottata e dall'importo previsto Tale codice è stato rilasciato, sia mediante la specifica procedura "Simog" sia mediante la ulteriore modalità "semplificata"-SmartCig (cfr [allegati AGP 3 e 4](#)), prevista per la "microcontrattualistica", ossia con riferimento a contratti di servizi e forniture 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 54 codici GIG, con modalità semplificata e 6 codici con modalità "Simog";
- 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 26 codici CUP.

La Sezione, in ottemperanza alle disposizioni vigenti in materia, ha inoltre proceduto – in ottemperanza a quanto disposto dall'articolo 7, comma 8 – alla trasmissione all'Osservatorio dei contratti pubblici – sezione Regione Lazio –mediante la specifica procedura telematica all'uopo prevista – dei dati concernenti i contratti aventi ad oggetto lavori, servizi e forniture di importo superiore ai 40 000,00 euro.

Inoltre, con riferimento alle quattro 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 della campagna informativa nazionale nell’ambito sul “Corretto utilizzo dei servizi di emergenza urgenza- 118” al fine di consentire la massima diffusione possibile dei contenuti della campagna informativa, è stata predisposta apposita procedura finalizzata alla traduzione nella lingua araba delle schede tecniche della campagna medesima .

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, 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. Al riguardo sono stati conferiti appositi incarichi di collaborazione a qualificati professionisti, per l’espletamento delle richiamate funzioni di Medico competente e di Responsabile del Servizio di Prevenzione e protezione di questa Agenzia.

Nel corso del semestre di riferimento la Sezione – su specifico mandato conferito all’Agenzia dal Coordinamento Tecnico della Commissione salute – ha curato, inoltre, la procedura relativa alla stampa, alla spedizione ed al recapito del materiale afferente il concorso per l’ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale.

Nel corso del secondo semestre 2012, le attività poste in essere dalla Sezione ragioneria ed economato sono riconducibili alle seguenti aree:

- a) bilancio di previsione 2013;
- b) contabilità economico-finanziaria;
- c) attività amministrativo-contabile per l'accertamento e la riscossione delle entrate;
- d) gestione contabile degli impegni di spesa e dei relativi mandati di pagamento;
- e) tenuta della contabilità economica;
- f) 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;
- g) gestione contabile dei progetti di ricerca corrente e finalizzata;
- h) gestione dei rapporti con il Servizio di tesoreria;
- i) gestione del servizio di cassa interna e di piccolo magazzino;
- j) adempimenti connessi alla gestione patrimoniale



---

<sup>20</sup> A cura della *Sezione Ragioneria ed Economato ( RAG)*

Più in particolare, nel periodo in esame, la Sezione Ragioneria ed Economato ha elaborato e predisposto il bilancio di previsione per l'anno 2013, con annessa la prescritta relazione.

Tale documento, vagliato dal Collegio dei revisori contabili, è stato regolarmente approvato dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 28 novembre 2012, con la delibera n. 23.

La Sezione ha inoltre assicurato il corretto adempimento dei compiti di specifica competenza di seguito elencati in estrema sintesi:

- 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;
- predisposizione delle variazioni al bilancio di previsione 2012, volte a garantire la necessaria copertura per l'intero esercizio di alcuni capitoli di spesa a seguito dei maggiori oneri posti a carico dell'Agenzia e per attività non previste in sede di predisposizione del bilancio di previsione 2012;
- costante interazione con le altre Sezioni per quanto concerne temi di natura contabile.

Nell'ambito dei progetti di ricerca finalizzata e corrente in essere, si è proceduto al puntuale monitoraggio dei costi di coordinamento sostenuti dall'Agenzia e, in collaborazione con la Sezione Affari Generali e Personale, si è proceduto alla verifica e, in alcuni casi, all'elaborazione delle rendicontazioni dei costi sostenuti dalle varie Unità operative rispetto al budget loro assegnato.

Si è ulteriormente implementato l'utilizzo del nuovo software di gestione economico contabile, che ha permesso il monitoraggio dei progetti di ricerca per centro di spesa/entrata, anche attraverso una più puntuale specificazione dei flussi.

La Sezione ha inoltre assicurato, mediante controlli svolti sulla base delle risultanze documentali pervenute, la corretta imputazione ai singoli progetti dei pagamenti effettuati in favore di soggetti esterni con cui l'Agenzia ha stipulato specifiche convenzioni.

La Sezione ha altresì provveduto all'ulteriore implementazione dei dati di natura contabile presenti nel software (ancora in fase sperimentale) per la gestione dei progetti di ricerca, nonché alla prova (anch'essa in fase sperimentale) del sistema di inventario integrato con quello di contabilità .

Inoltre, tenuto conto dell'evolversi delle modalità operative con cui il sistema ECM pone in essere le attività di propria competenza, la Sezione ha contabilizzato le risorse provenienti dagli accordi stipulati, appunto, in ambito ECM con le Regioni.

La Sezione ha inoltre proceduto alla verifica della situazione dei versamenti previdenziali presso l'Inps, nonché alla ricognizione e all'imputazione alle singole sezioni dei relativi costi di funzionamento .



## Sviluppo organizzativo delle risorse umane<sup>21</sup>

# 14

Nel 2° 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, ha contemplato essenzialmente l'inizio della strutturazione del nuovo ciclo della performance per il prossimo triennio, con l'obiettivo di renderlo più stabile ed anche maggiormente coerente con la tempistica e le modalità del futuro contratto collettivo integrativo 2013- 2015 dell'Ente, attualmente in fase di studio e preparazione. Per quanto attiene in particolare al 2012, come già evidenziato nelle relazioni precedenti, l'insediamento del nuovo CdA nella pienezza dei suoi poteri d'indirizzo politico-amministrativo solo alla fine del mese di giugno e, insieme ad alcune variazioni dell'assetto organizzativo dirigenziale, hanno comportato inevitabilmente un rallentamento da parte di Agenas di tutta l'attività attinente alla valutazione della performance ed uno slittamento della programmazione dell'attività per il 2012, che si cercherà di recuperare nel corso del 2013.

### Valutazione delle performance

- Nel periodo successivo alla valutazione dei risultati della performance 2011, attraverso un processo di consuntivazione che ha coinvolto la totalità sia del personale dirigente, che di comparto, e che ha visto per la prima volta la strutturazione di un vero sistema d'incentivazione del personale attraverso le schede obiettivo (vedi relazione del semestre precedente), l'attività, nel periodo considerato, si è focalizzata, sia sul

---

<sup>21</sup> A cura della struttura *Sistemi di Valutazione H R e Sviluppo Organizzativo*

perfezionamento dell'incentivazione 2012, la quale, in riferimento a quanto evidenziato nella premessa, ha subito un certo ritardo rispetto alla tempistica programmata, e che nella sostanza non si discosta dall'impianto del 2011, sia, soprattutto, alla definizione più puntuale della qualità delle competenze e del peso delle posizioni e delle connesse attività operative del personale dirigente dell'Agenzia. Processo, questo, utile per migliorare lo sviluppo organizzativo con una migliore gestione complessiva di tutte le risorse umane dell'ente e per un livello più efficace del sistema d'incentivazione futuro, sul quale Agenas intende focalizzare meglio i suoi sforzi

- Al riguardo, nel corso del mese di novembre c.a., con il supporto documentale di una sistema di schede di misurazione delle competenze e dei pesi, per fattori, delle posizioni manageriali, sono state eseguite, delle interviste a tutti i dirigenti Agenas, finalizzate all'approfondimento puntuale delle relative attività in essere ed utili per la futura articolazione delle posizioni dirigenziali in relazione alle modifiche statutarie e regolamentari previste nel corso del 2013.

### **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, direttamente come struttura di supporto:

- l'aggiornamento per il 2012 del documento "Definizione degli Standard di qualità Agenas", discusso ed approvato dal CdA Agenas nella seduta del 26 settembre 2012.

Inoltre, è stata seguita la prassi relativa alla nomina del nuovo Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) in forma monocratica, tutt'ora in corso, articolata attraverso la deliberazione consiliare n. 12/2012, che ha approvato l'avviso pubblico per la nomina, rispetto alla quale è stata poi costituita la Commissione, istituita con delibera direttoriale, ed incaricata di procedere alla selezione.

## 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, nell'ambito delle già sperimentate riunioni di direzione, ad ottobre c.a. è stata garantita la partecipazione ad un importante incontro tra il nuovo presidente Agenas, il direttore e la struttura dirigenziale dell'Agenzia, nella quale sono state discusse e valutate collegialmente le linee più importanti della futura attività dell'Agenzia e le problematiche gestionali ed organizzative in essere (dimensione statutaria e regolamentare dell'ente / struttura organico / gestione dei progetti / reengineering del sito web istituzionale / situazione logistica legata alla nuova sede, ecc.). Nell'ambito della riunione, in particolare, è stata ribadita, sia da parte del presidente, che del direttore, la necessità di un'agenda periodica relativa alle riunioni con le strutture dirigenziali, come punto di costante valutazione collettiva del livello di collaborazione e coesione tra le strutture operative.

### 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, che, nel semestre precedente, aveva visto, dopo la preparazione dell'impianto metodologico e del cronoprogramma, tutta la 1° fase dell'indagine, relativa al ciclo delle interviste qualitative di approfondimento sul ciclo della performance e sui sistemi di gestione retributiva e contrattuale, ha avuto, nel periodo considerato, un importante ed ulteriore stadio di valutazione del lavoro

svolto e di avanzamento dell'attività in riferimento alla 2° fase progettuale di ricerca che si snoderà tra la fine del corrente anno e l'inizio del 2013. Al riguardo, l'attività ha riguardato:

- la partecipazione ad una 1° riunione ristretta del Comitato Guida (5 ottobre - Torino), finalizzata alla valutazione dei risultati della fase 1 ed all'attivazione della fase 2 e 3 del progetto;
- la preparazione, sia organizzativa, che documentale, di un incontro collettivo, tenutosi a Bologna il 29 ottobre c.a., con le figure apicali di quelle aziende sanitarie (19), le quali sono risultate, nella fase precedente, le migliori sotto il profilo gestionale e delle relazioni industriali nel loro complesso. Nella riunione, svoltasi in modo soddisfacente per tutti gli attori coinvolti, alle 19 aziende invitate all'incontro è stato proposto la prosecuzione della ricerca così strutturata:
  - a) Fase 1, "approfondimento delle buone pratiche"
  - b) Fase 2, "analisi delle condizioni di ruolo e di carriera dei DG";
  - c) Fase 3, "analisi del clima interno"

con l'intento, da parte del Comitato Guida, (composto dal dr. Moirano e dal dr. Rossini per Agenas, dal prof. Della Rocca, dal dr. Gullstrand, e dal dr. Michelutti) di pianificare gli interventi relativamente alle tre fasi, seguirne l'iter, oltre che analizzarne e valutarne i risultati

- la strutturazione di una 2° riunione ristretta del Comitato Guida del progetto (12 novembre - Torino), finalizzata alla preparazione della nuova documentazione e relativa programmazione degli interventi presso le aziende sanitarie prescelte per la 2° fase dell'indagine;
- il monitoraggio costante della documentazione dello stato d'avanzamento del progetto, tabella 18, comprensivo delle variazioni degli adempimenti amministrativi e contrattuali delle strutture consulenziali coinvolte, progressivamente sottoposta alla valutazione della direzione;

Sempre nell'ambito dello sviluppo delle iniziative sulla valutazione del capitale umano delle aziende sanitarie, per conto della Direzione dell'Agenas, è stata curata inoltre la partecipazione, in qualità di relatore Agenas, al 1° Forum Management Cerismas (30 nov / 1° dic 2012 - Padova), con una relazione su "I

profili manageriali dei direttori generali: formazione e percorsi di carriera Sintesi delle evidenze prodotte nei laboratori Agenas”.

## 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, l'attività sulla valutazione degli aspetti logistici attinenti alla ricerca di una nuova sede per il personale dell'Agenzia, che aveva avuto un forte impulso nel corso degli anni 2011 e 2012, e che rimane una delle principali priorità dell'Agenas, ha subito un certo rallentamento, sia in concomitanza dei tempi di insediamento del nuovo CdA, avvenuto alla fine del 1° semestre c a , sia per alcune criticità, nel frattempo intervenute, ed evidenziate dalla proprietà Enpam sulla possibilità di lasciare in tempi brevi gli stabili siti in Roma, in via Torino, e quindi procedere alla vendita degli stessi
- In riferimento agli adempimenti relativi alla normativa sulla sicurezza sui luoghi di lavoro ( D Lgs 81/08), alla fine del mese di settembre c a , è stato eseguito, presso la sede centrale dell'Agenzia, il sopralluogo periodico degli uffici, insieme al R S P P ed il Medico competente Agenas, nel corso del quale è stato redatto, come prassi consueta, il relativo verbale con i principali elementi riscontrati Successivamente, nel corso del mese di dicembre c a è stata sollecitata e poi eseguita, sempre nella stessa sede, una successiva perizia, insieme al perito Agenas, finalizzata alla verifica puntuale della sicurezza di alcune pavimentazioni di uffici sotto sforzo di carico, in seguito alla quale sono state eseguiti alcuni spostamenti di alcune relative attrezzature È stata inoltre aggiornata, per la Direzione, la consueta agenda programmatica sulle principali scadenze in materia di sicurezza sul lavoro, soprattutto per gli aspetti relativi alla informazione/ formazione del personale interno sulle problematiche legate alla sicurezza sul lavoro

- Per quanto attiene poi le Relazioni Sindacali, insieme alle altre componenti della delegazione di parte pubblica dell'Agenzia, nel periodo considerato, è stata garantita la partecipazione attiva ai seguenti incontri, svoltisi nella seconda metà del mese di ottobre c a :
  - incontro con le OO SS della Dirigenza per la valutazione dei criteri per l'individuazione, la gradazione e il conferimento delle funzioni per il personale dirigente appartenente alle aree III e IV e per un'ipotesi di accordo integrativo aziendale per l'anno 2012. Nell'ambito dell'incontro è stata fornita a corredo la documentazione composta di una serie di schede std di valutazione fattoriale delle competenze per il personale dirigente;
  - incontro con le R S U aziendali e OO SS del Comparto, finalizzato, oltre che alla approfondimento di alcune tematiche gestionali ed organizzative, all'ipotesi di accordo integrativo 2012 e l'avvio delle relazioni sindacali per il 2013

### Attività di segretario del CdA

267

#### 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 e la diretta stesura di quelle di maggiore pertinenza alle problematiche regolamentari ed organizzative dell'ente;
- la stesura dei relativi verbali relativi alle sedute del CDA (3 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

---

<sup>22</sup> A cura del *Coordinamento delle attività del CdA*

## 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 1° semestre 2012, approvata nella seduta del CDA del 28 novembre 2012.

### Attività di Comunicazione

Nel corso del secondo semestre 2012, le attività di comunicazione istituzionale dell’Agenzia si sono svolte nel rispetto degli indirizzi programmatici indicati dal Consiglio di Amministrazione della Agenas. In particolare, si è dato particolare rilievo alla diffusione di dati utili per la valutazione dell’organizzazione della sanità, delle prestazioni e delle tecnologie dei servizi sanitari, alla divulgazione delle buone pratiche, all’analisi e al monitoraggio dei dati relativi a spesa sanitaria e ricerca sanitaria. Si è, inoltre, provveduto a divulgare gli elementi di innovazione contenuti nelle esperienze di politica sanitaria realizzate nell’attività delle Regioni.

### Obiettivi

Considerando che gli obiettivi della comunicazione di un’amministrazione pubblica devono essere quanto più possibile precisi e misurabili, evitando l’eccessiva genericità, si è lavorato per:

- costruire e migliorare l’immagine dell’Agenzia, posizionando Agenas come ente attento alle problematiche relative alla valutazione dei servizi, all’appropriatezza delle prestazioni, all’innovazione;
- coinvolgere gli opinion maker e gli operatori della sanità attraverso la

---

<sup>23</sup> A cura della struttura *Documentazione, Informazione e Comunicazione*

stampa specializzata raggiungendo una buona copertura;

- informare e motivare la più vasta opinione pubblica per incidere su comportamenti e atteggiamenti attraverso una comunicazione on-line e off-line, (utilizzando sia il nostro sito Internet per raggiungere un target di addetti ai lavori e cittadini, sia riviste, quotidiani radio e tv nazionale e regionali).

## Target

La definizione del pubblico a cui ci si rivolge richiede particolare attenzione; individuare con precisione il target della comunicazione rende molto più semplice scegliere strumenti e azioni.

Il pubblico di riferimento di Agenas può essere suddiviso in 5 macro-categorie:

- 1) le istituzioni: Governo (Ministeri) Parlamento (Commissioni salute Camera, Senato); Regioni (Conferenza dei Presidenti, Assessori regionali, Coordinamento Assessori);
- 2) le strutture sanitarie: Aziende Ospedaliere, ASL, IRCCS, Distretti, Case di cura private accreditate;
- 3) i media (agenzie di stampa; redattori sanità; quotidiani d'informazione e di economia nazionali e locali: direttori di testata, opinionisti, redattori sanità; periodici d'informazione e di economia: direttori di testata, redattori sanità; tv nazionali e locali, radio nazionali e locali, media online: direttori di testata, redattori rubriche salute;
- 4) gli opinion leader (università ;istituti di formazione; organizzazioni di orientamento professionale; associazioni imprenditoriali di categoria; sindacati;servizi e strutture per le imprese;centri studi e società di ricerca sui settori salute /formazione);
- 5) l'opinione pubblica allargata (associazioni di cittadini, associazioni di volontariato, studenti, ecc ).

## Strumenti

Per raggiungere i suddetti obiettivi, si sono utilizzati diversi strumenti, quali la redazione di pubblicazioni a carattere periodico e occasionale, la gestione del sito internet per la parte relativa ai testi, l'aggiornamento dell'indirizzo, 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.

Si è, inoltre, provveduto a rafforzare la comunicazione interna, facilitando lo scambio di documenti e informazioni fra le diverse sezioni dell'Agenas e segnalando, di volta in volta, pubblicazioni, appuntamenti, iniziative promossi da altri organismi che siano di interesse specifico per le varie sezioni

## Prodotti Editoriali

Nel corso del secondo semestre 2012 sono usciti il numero 31 di Monitor e il 10° supplemento della collana I Quaderni di Monitor .

### Monitor- elementi di analisi e osservazione del sistema salute

*House organ dell'Agenas, periodicità trimestrale, tiratura 3500 copie.*

La rivista affronta, in ogni numero, un tema di attualità in modo approfondito nel dossier Focus on, dove vengono raccolti articoli di vari autori, sia di Agenas che esterni. Sono presenti, poi, varie rubriche: Health World, dove vengono presentati temi di riflessione sul dibattito in corso nelle politiche sanitarie a livello internazionale; Dalle Regioni, che raccoglie buone pratiche in tema di politica sanitaria e organizzazione dei servizi attuate a livello locale; Agenas on line, che offre la sintesi dei risultati realizzati da Agenas nelle sue attività istituzionali e nei progetti di ricerca.

Il numero 31 della rivista Monitor è stato interamente dedicato al tema della sicurezza dei pazienti e delle cure, ed è stato presentato ufficialmente nel corso di una tavola rotonda che si è svolta ad Arezzo, il 21 novembre 2012, in occasione dell'inaugurazione del Forum annuale sul RiskManagement .

Nel numero 31 sono state presentate le attività svolte dalla sezione Qualità e Accreditamento di Agenas, riferite a: le raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella; le Buone Pratiche per la sicurezza dei pazienti; il progetto Sanitas di autovalutazione per la sicurezza dei pazienti in ospedale. Nella rubrica Agenas on line è stato presentato un contributo di carattere giuridico sul tema dell'aggiornamento della cartella clinica e responsabilità medica.

### **I Quaderni di Monitor**

Monografie senza periodicità che escono come supplementi alla rivista, con lo scopo di approfondire un determinato argomento.

Nel mese di settembre 2012 è stato pubblicato il Quaderno di Monitor LA PRESA IN CARICO DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI. Nel corposo volume di oltre 200 pagine, introdotti dall'editoriale del Presidente di Agenas, Giovanni Bissoni, sono stati raccolti, in due parti distinte, i contributi di autorevoli studiosi, (M Cecilia Guerra, Marco Trabucchi, Elio Guzzanti, Cristiano Gori) e, nella seconda parte, i risultati della ricerca Agenas "Valutazione dell'efficacia e dell'equità di modelli organizzativi territoriali per l'accesso e la presa in carico di persone con bisogni sociosanitari complessi".

### **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. Si è concluso, ed è stata pubblicata la relazione finale, il Progetto di ricerca autofinanziato, anno 2012, (cod 10/D) "Monitoraggio delle iniziative di comunicazione in sanità, con particolare riguardo agli aspetti derivanti dal patto per la salute".

### **Coordinamento attività biblioteca**

Nel secondo 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 Bibliosan, piattaforma elettronica attraverso la quale si effettua l'interscambio bibliotecario.

## Sito web [www.agenas.it](http://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 e non solo, nella rubrica “Appuntamenti”, nonché a raccogliere e divulgare, nella rubrica “In Primo piano”, i risultati dei più recenti studi condotti dall’Agenzia.

## Attività di ufficio stampa e organizzazione eventi - Rassegna stampa

Nel corso del secondo semestre 2012 si sono assicurate attività di ufficio stampa, attraverso: la redazione di comunicati stampa, l’aggiornamento della media list, la predisposizione di cartelle stampa, l’organizzazione di conferenze stampa, la redazione di interviste. In questi sei mesi sono stati organizzati eventi, seminari e convegni di presentazione dei risultati delle attività di Agenas. Inoltre, nel semestre in oggetto, è stata pubblicata, 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....



Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Sezione ROB - Centro Stampa

Via Puglie 23, 00187 – Roma .  
Tel. 06.427491 – fax. 06.42749488  
[www.agenas.it](http://www.agenas.it) e-mail [info@agenas.it](mailto:info@agenas.it)