



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

Codice sito 4.10/2009/30

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CSR 0001324 P-2.17.4.10
del 18/03/2009



3816009

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

All'Assessore della Regione Toscana
Coordinatore Commissione salute

All'Assessore della Regione Molise
Coordinatore Vicario Commissione salute

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

Al Presidente dell'ANCI

Al Presidente dell'UPI

Al Presidente dell'UNCCEM

All'Ufficio di Segreteria della Conferenza
Stato - città

LORO SEDI

Oggetto: Relazione sull'attività svolta nel secondo semestre 2008 dall'Agenzia Nazionale per i
Servizi Sanitari Regionali - age.na.s.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - age.na.s., con nota pervenuta in data 10 marzo u.s., ha qui trasmesso la relazione in oggetto, deliberata dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 5 febbraio 2009, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, del DM 31 maggio 2001, recante "Approvazione del regolamento dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali".

Si comunica che il documento di cui trattasi è disponibile sul sito www.unificata.it con il codice 4.10/2009/30.

Il Segretario della Conferenza
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Relazione sull'attività svolta nel secondo semestre 2008

Febbraio 2009

Indice

Quadro d'insieme	5
Migliorare l'accesso al Ssn. Tempi e liste di attesa	6
Garantire qualità e sicurezza delle cure	7
I nuovi bisogni Un nuovo ospedale per un nuovo territorio	9
L'integrazione irrinunciabile	10
Puntare sui cittadini	12
Accreditare per garantire	13
Fare spazio alla innovazione	14
Misurare qualità, efficienza ed equità per decidere	16
Alla ricerca della formazione continua	17
Monitoraggio dei piani di rientro	18

1. Migliorare l'accesso al Ssn. Tempi e liste di attesa	21
1.1 Monitoraggio "ex ante" dei tempi di attesa delle undici prestazioni previste dal Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa	22
1.2 Il Gruppo Tecnico di monitoraggio dei tempi di attesa	22
1.3 Attività di supporto al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali	23
1.4 Indagine conoscitiva sui tempi di attesa per i referenti regionali ed aziendali	23
1.5 Workshop relativo alle problematiche inerenti i tempi di attesa Roma - Università di Tor Vergata	24
1.6 Supporto all'Osservatorio Nazionale per l'Attività Libero-Professionale	25
1.7 Linee guida per la verifica dell'appropriatezza e del rispetto dei tempi d'attesa dei percorsi complessi.	27
1.8 Significative esperienze di formazione sull'appropriatezza delle prescrizioni per i medici di medicina generale, orientate al buon uso delle risorse, con riferimento alle prestazioni di assistenza farmaceutica, specialistica nonché di diagnostica strumentale	29
1.9 "Programma multicentrico di elaborazione di linee guida in materia clinico-organizzativa nell'ambito del sistema nazionale linee guida"	31

2. Garantire qualità e sicurezza delle cure	33
2.1 Progetto interregionale di miglioramento della sicurezza-Osservatorio buone pratiche	34
2.2 Programma triennale di benchmarking sulle buone pratiche	39
2.3 Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze	40
2.4 Accordi di collaborazione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali	42
2.5 Partecipazione al Programma Strategico per la ricerca sanitaria 2007: attività di ricerca finalizzata	43
2.6 Collaborazione con il Tribunale dei diritti del malato nell'elaborazione della Carta della Qualità in Chirurgia	43
2.7 Partecipazione al Gruppo Tecnico Rischio Clinico e Sicurezza del paziente	44
2.8 Attività di collaborazione internazionale	44
3. Un nuovo ospedale per un nuovo territorio	47
3.1 Strumenti e modelli per la programmazione delle reti ospedaliere	47
3.2 Reti integrate fra ospedale e territorio	50
3.3 Evoluzione dell'Ospedale.	51
3.4 Gli attori della rete. Il ruolo dei professionisti	51
3.5 Monitoraggio ed eventuale produzione di modelli funzionali relativi all'organizzazione dell'offerta ospedaliera e dei servizi distrettuali di cure primarie	56
4. L'integrazione irrinunciabile	59
4.1 Proposte operative per garantire l'integrazione sociosanitaria	59
4.2 Sviluppi del Punto Unico di accesso alla rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali	60
4.3 Rilevazione delle tipologie di assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti	60
4.4 Monitoraggio e valutazione di modelli innovativi di assistenza primaria	61
4.5 Sperimentazione di una serie di indicatori per la misura della continuità assistenziale	62
4.6 Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia	64
5. Puntare sui cittadini	71
5.1 Metodi e strumenti per la partecipazione attiva dei cittadini alla valutazione dei servizi e alle decisioni locali in materia di organizzazione dei servizi sanitari	72
5.2 Analisi situazionale dei sistemi quantitativi di rilevazione della qualità percepita/soddisfazione dei pazienti	74

5.3	Sviluppo, in collaborazione con gli Enti Locali e le loro associazioni rappresentative, di una modalità strutturata e sistematica di formazione agli amministratori locali sulle tematiche oggetto del progetto "Difendiamo la salute"	75
5.4	Supporto metodologico e attraverso attività di docenza alla progettazione e alla realizzazione delle iniziative formative di empowerment (in collaborazione con tutti i partner del progetto "Difendiamo la salute")	75
6.	Accreditare per garantire	77
6.1	Promozione di iniziative di confronto tra le Regioni	77
6.2	Sviluppo della day surgery secondo le indicazioni nazionali e modalità di accreditamento	79
6.3	Processi di riorganizzazione dei sistemi diagnostici con particolare riferimento alla diagnostica per immagini e a quella di laboratorio	80
7.	Fare spazio alla innovazione	81
7.1	Monitoraggio delle innovazioni organizzative	82
7.2	Rapporti pubblico-privato nelle regioni	85
7.3	Health Technology Assessment su dispositivi medici	85
7.4	Organizzazione della rete dell'Health Technology Assessment	85
7.5	Promozione delle capacità di valutazione delle tecnologie biomediche da parte delle aziende sanitarie	85
7.6	Centro di Osservazione sulle tecnologie biomediche emergenti (COTE)	86
7.7	Diffusione delle tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie	87
7.8	Promozione di iniziative di monitoraggio dei prezzi e delle tariffe - dispositivi medici	89
7.9	Progetto di ricerca finalizzata "Modello di gestione integrata delle malattie infettive e della diagnostica microbiologica nella comunità ospedale - territorio"	90
7.10	Progetto ordinario di ricerca finalizzata "Efficacia nella pratica e rapporto costi-benefici di un programma di screening e gestione della depressione in diversi contesti medici"	91
7.11	Programma di ricerca strategico "Diagnostica ad elevata complessità e tecnologie per il monitoraggio di pazienti con patologie croniche"	91
7.12	Programma di ricerca integrato oncologico "Monitoraggio delle innovazioni nel campo dei farmaci oncologici."	93
7.13	Studio sui rapporti tra Università e SSN	93

8. Misurare qualità, efficienza ed equità per decidere	95
8.1 Descrizione e valutazione dei bisogni e dei consumi sanitari della popolazione, e quindi del livello di copertura dei LEA, mediante analisi dei dati delle inchieste di popolazione ISTAT	95
8.2 Analisi metodologica e sperimentazione di un cruscotto nazionale consistente in pochi macro indicatori sintetici che permettano di cogliere lo stato e l'andamento delle realtà sanitarie regionali nelle loro diverse componenti	95
8.3 Collaborazioni con attività attinenti al tema dell'equità in sanità	96
8.4 Analisi dei sistemi di valutazione della efficienza, dell'economicità e della funzionalità dei servizi sanitari regionali	96
8.5 Analisi dei costi di produzione mediante i modelli confronto con le attività prodotte	98
8.6 Analisi dei valori dei consumi mediante i modelli LA: confronto con i volumi delle prestazioni consumate dalla popolazione e con il loro fabbisogno	98
8.7 Approfondimenti teorici sulla concettualizzazione e sulla praticabilità delle definizioni di costo standard	99
9. Alla ricerca della formazione continua	101
9.1 Assicurare il funzionamento del sistema nazionale di formazione continua, supportando la governance dei soggetti istituzionali e professionali coinvolti nella Commissione nazionale e negli organismi previsti dall'intesa Stato-Regioni dell'1.8.2007	101
10. Monitoraggio dei Piani di Rientro	103
10.1 Metodi e strumenti	103
10.2 Interventi di supporto alle Regioni	106
10.3 Regione Siciliana	107
10.4 Regione Molise	110
10.5 Conclusioni	111

Affari Generali e Personale	113
Sviluppo organizzativo e delle risorse umane	121
Gestione economica finanziaria	125
Comunicazione e Documentazione	127

Migliorare l'accesso al Ssn. Tempi e liste di attesa

Al rilievo del tema tempi e liste di attesa riguardo alla accessibilità e adeguatezza del nostro Ssn, al rispetto dei principi di equità ai quali esso si ispira, alla stessa effettività dei Livelli essenziali di assistenza, è stata dedicata, nel corso dell'ultimo decennio, una quantità considerevole di attenzione da parte di tutti gli attori, i decisori ai diversi livelli, i rappresentanti della comunità scientifica e professionale, le organizzazioni dei cittadini, i media. Non servono, quindi, altre parole, per descrivere e raccontare la necessità di affrontare la questione, da parte del Ssn, in termini di efficacia ed efficienza crescenti nei confronti dei cittadini, tenendo nella massima considerazione i temi della appropriatezza prescrittiva.

6

L'impegno della Age.Na.S. su questo terreno può essere considerato rilevante e con una forte attenzione alla operatività.

In primo luogo, anche in relazione al mandato di volta in volta ricevuto, si è concentrata l'attenzione sul monitoraggio costante e sulla documentazione dello stato dell'arte. Nella evoluzione degli strumenti di rilevazione che ha caratterizzato il lavoro della Age.Na.S. su questi temi, è stata dedicata attenzione via via crescente, in linea con la letteratura e con le esperienze di maggior successo di gestione di tempi e liste di attesa, alla prioritizzazione dell'accesso alle prestazioni in relazione al problema diagnostico-terapeutico.

Nel secondo semestre 2008, sono state licenziate le relazioni finali sulla sperimentazione delle 48 prestazioni evidenziate in grigio nel Piano Nazionale Contenimento Tempi di Attesa e sul monitoraggio dei tempi di attesa di 11 prestazioni ambulatoriali (ecografia dell'addome, ecocolordoppler dei vasi periferici, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, esofagogastroduodenoscopia, RM della colonna, RM cerebrale, TAC del capo, TAC dell'addome, visita oculistica, visita ortopedica e visita cardiologica), effettuato il 22/23/24 gennaio 2008. È stato, inoltre, effettuato un nuovo monitoraggio dei tempi di attesa delle stesse prestazioni ambulatoriali, per la prima volta su cinque giornate indice (20-24 ottobre 2008).

Particolare attenzione è stata dedicata al fenomeno della sospensione delle attività di erogazione, prevedendo un monitoraggio apposito che è stato avviato dal 1° luglio 2008, e alla attività intramuraria, allo scopo di individuare le modalità organizzative aziendali più "virtuose" da mettere a disposizione dei decisori, ai diversi livelli.

In collaborazione con il Gruppo Tecnico per il monitoraggio dei tempi di attesa, è stato predisposto il documento "Ipotesi per il Nuovo Piano Nazionale Tempi di Attesa"; è stata avviata un'indagine conoscitiva relativa all'attuazione degli strumenti previsti dal citato PNCTA e al loro impatto sulla complessa materia dei tempi di attesa ed è stato assicurato al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali il supporto tecnico per la rilevazione semestrale della sospensione delle attività di erogazione.

Il percorso e l'esperienza sviluppati dall'Agenzia su tutti questi temi contribuiranno, peraltro, alla realizzazione, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (N-SIS), di un sistema informativo che consenta il monitoraggio permanente dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere, al livello nazionale.

A questa grande area di interesse del Ssn vanno ricondotte anche altre attività sviluppate dalla Age.Na.S. riguardanti:

- elaborazione di linee guida per la verifica dell'appropriatezza e del rispetto dei tempi d'attesa dei percorsi complessi per alcuni tipi di tumore (mammella, colon-retto, polmone), con particolare attenzione alla definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici, all'identificazione degli snodi principali e delle fonti dei dati per la ricostruzione degli stessi percorsi, alla valutazione degli elementi messi a disposizione dai sistemi informativi correnti e alla selezione del flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO);
- ricognizione delle esperienze più significative di formazione sull'appropriatezza delle prescrizioni per i medici di medicina generale, orientate al buon uso delle risorse, con particolare riferimento alle prestazioni di assistenza farmaceutica, specialistica, nonché di diagnostica strumentale e predisposizione di uno strumento di misurazione e valutazione delle stesse.

Garantire qualità e sicurezza delle cure

Le preoccupazioni legittime per il miglioramento della accessibilità del nostro Ssn non possono essere disgiunte da quelle per il miglioramento continuo della sua qualità e, in particolare, per la sicurezza delle strutture e delle prestazioni erogate, come avviene, del resto, nei sistemi sanitari di tutti Paesi occidentali avanzati.

Il dibattito tra decisori e addetti ai lavori, particolarmente intenso sulle tematiche della gestione del rischio e della sicurezza dei pazienti ha dovuto tener conto, nel corso del 2008, dell'intesa del 20 marzo dello stesso anno tra Governo, Regioni e P.A. sul modello di governance nazionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. La stessa Age.Na.S. ha aggiornato le proprie linee progettuali per allinearsi al nuovo contesto. Il nuovo modello di governance messo a punto le attribuisce due funzioni:

- il monitoraggio delle Buone Pratiche per la sicurezza delle cure;
- l'Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative.

Nel secondo semestre 2008 l'Agenzia ha pertanto proseguito le attività intraprese nell'esercizio delle nuove funzioni - che peraltro contribuiscono sinergicamente al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione interna - sia con riferimento al monitoraggio delle buone pratiche che all'Osservatorio Sinistri e Polizze Assicurative.

Riguardo alla prima attività, a seguito dell'elaborazione delle informazioni raccolte tramite la call for good practice 2008, è stato definito un percorso di sviluppo del nascente Osservatorio Buone Pratiche che, partendo dalle 386 esperienze acquisite, prevede una serie di azioni volte a diffondere e a valorizzare dette esperienze, nonché a promuovere programmi di valutazione esterna, lavorando in parallelo per accrescere ed aggiornare la base di conoscenza. Sono stati, a tale proposito, sperimentati strumenti innovativi di valorizzazione e diffusione delle Buone Pratiche finalizzati alla promozione del loro trasferimento.

L'Osservatorio Sinistri e Polizze ha realizzato le prime fasi di uno studio volto a delineare lo stato dell'arte dei sistemi di gestione dei sinistri esistenti a livello regionale e ad analizzarne le principali caratteristiche, con l'obiettivo di supportare le Regioni che ancora non dispongono di tali sistemi, indirizzandole verso i modelli più adeguati rispetto alle loro condizioni di contesto, nonché a definire un ruolo condiviso per l'Osservatorio nazionale e per l'attività di monitoraggio ad esso attribuite.

Le attività sono state presentate in occasione dei principali eventi sul tema e hanno consentito l'avvio di importanti collaborazioni con rappresentanti di autorevoli organizzazioni nazionali e internazionali.

L'Age.Na.S. ha aderito, in qualità di Unità Operativa, al progetto "Epidemiological study of adverse events in SSN italian hospital", coordinato dalla Regione Toscana e facente parte del

Programma Strategico "Approcci di 'sistema' per la gestione del rischio", ufficialmente approvato nel dicembre 2008. Il sottoprogetto, coordinato dall'Agenzia, si propone, quale obiettivo principale, l'individuazione del tasso nazionale di incidenza degli eventi avversi sui ricoveri ospedalieri, utilizzando a questo scopo la sperimentazione del metodo di revisione delle cartelle cliniche elaborato da Vincent su un campione rappresentativo di pazienti ricoverati negli ospedali italiani.

La stipula della convenzione e l'avvio formale delle attività sono previsti per aprile 2009. Infine, ma non in ordine di importanza, in occasione della 25^o Conferenza Internazionale ISQUA (International Society for Quality in Health Care) tenutasi a Copenaghen dal 19 al 22 ottobre, l'Age.Na.S. ha presentato con un proprio lavoro: "From research to political action in clinical risk and patient safety: the Italian experience."

Un nuovo ospedale per un nuovo territorio

I nuovi bisogni di salute e di assistenza, legati alla maggiore incidenza delle malattie croniche, conseguente all'innalzamento dell'aspettativa di vita e all'invecchiamento della popolazione, obbligano i sistemi sanitari ad orientarsi verso il rafforzamento della dimensione territoriale della assistenza. Ciò significa ripensare anche il ruolo e le funzioni delle strutture ospedaliere. La programmazione sanitaria nazionale e regionale indica la priorità della riorganizzazione della rete ospedaliera già da tempo (con parametri di posti letto indicati già dalla legge 595 del 1985), ma in questa fase si sta ripensando alla funzione dell'ospedale rispetto ad un bisogno sanitario della popolazione che sta mutando rapidamente.

Si mira ad individuare, da un lato, un modello di ospedale fortemente specialistico e tecnologico, organizzato per la patologia acuta; dall'altro, un ospedale che operi in stretto collegamento con il territorio, per garantire, quando necessario, percorsi di continuità assistenziale integrati, tramite una rete di servizi territoriali articolati secondo le necessità e l'intensità di cura.

Malgrado queste indicazioni, si osserva un panorama notevolmente diversificato nel Paese, con regioni che già da tempo hanno riorganizzato la rete ospedaliera e regioni che debbono ancora provvedervi. Risulta, pertanto, necessario sviluppare strumenti e modelli condivisi per il corretto dimensionamento delle reti ospedaliere, allo scopo di dare supporto ai decisori regionali e costituire una base condivisa per il confronto tra le regioni.

A tale scopo l'Age.Na.S. è impegnata in un progetto che punta alla realizzazione di strumenti per la misurazione del bisogno di salute e per la verifica dell' adeguatezza della risposta, con particolare riferimento alla rete ospedaliera, con l'obiettivo dichiarato di superare l'approccio che tiene in maggiore considerazione i condizionamenti storici, piuttosto che le risposte su base razionale ai bisogni di salute e di assistenza.

Il progetto, che fa parte del programma di ricerca corrente dell'Agenzia per l'anno 2007 (approvato dal Ministero della Salute nel secondo trimestre 2008), si colloca nel più ampio quadro di riferimento della Convenzione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali per la realizzazione del Sistema nazionale di verifica e controllo sui livelli di assistenza (SiVeAS).

Il presupposto concettuale è la condivisa necessità che in ogni processo di innovazione organizzativa e dei percorsi di cura si miri essenzialmente a consolidare o migliorare tre requisiti o valori di Sistema che, sia pure non esaustivi, possono costituire i criteri guida di lavoro:

- sicurezza e qualità delle cure;
- equità dell'accesso alle cure;
- sostenibilità economica delle scelte: appropriatezza, etica nell'uso delle risorse.

Durante questa fase progettuale si è perfezionata una metodologia di ricerca che consente un approccio esaustivo ai diversi aspetti della programmazione delle reti con riferimento ai bacini di utenza, alle dimensioni della rete, all'organizzazione degli ospedali e delle reti ospedaliere, alle reti integrate fra ospedale e territorio, alla condivisione di servizi di logistica/supporto, a modelli di erogazione e programmazione dei servizi stessi, funzionali all'organizzazione dell'offerta ospedaliera e dei servizi distrettuali di cure primarie.

L'integrazione irrinunciabile

La necessità di riorganizzare l'offerta assistenziale per garantire una adeguata presa in carico di cronicità e disabilità porta con sé l'esigenza di rafforzare l'integrazione dell'intervento dei servizi sociali e sanitari regionali nei confronti delle persone.

Al sostegno operativo a garanzia della integrazione socio-sanitaria sono dedicate alcune delle attività dell' Age.Na.S. nel 2008.

Un'altra dimensione dell'integrazione riguarda le popolazioni migranti. L'Age.Na.S è stata coinvolta in un progetto per dare un supporto alla costruzione e consolidamento di una rete tra le regioni, per tutelare e promuovere la salute della popolazione immigrata in Italia, attraverso l'adozione di modelli socio-sanitari adeguati, dal punto di vista culturale e organizzativo, ai bisogni di questa fascia di popolazione, con particolare riguardo agli immigrati non iscrivibili al SSN.

Attualmente si sta definendo una bozza del profilo di salute come modello per l'utilizzo dei flussi informativi disponibili e, in particolare, è stata elaborata una serie di analisi per individuare l'accesso ai servizi sanitari nelle regioni, le cause di ospedalizzazione più frequenti, i volumi di consumo; sono state inoltre analizzate alcune problematiche quali le IVG, i parti, i traumi e l'utilizzo del day hospital.

Per la prima volta sono stati analizzati alcuni aspetti economici dell'offerta sanitaria agli immigrati, si è fatta una specifica analisi sugli immigrati irregolari per dare un contributo di conoscenza ad un fenomeno poco conosciuto proprio per la mancanza di dati (Monitor, n° 21, anno 2008).

Il coinvolgimento di istituzioni quali l'Istat e l'Inail ha permesso, inoltre, approfondimenti su temi quali i flussi migratori e gli incidenti sul lavoro.

Puntare sui cittadini

Cosa significhi, oggi, investire in attività di empowerment dei cittadini, nonostante il gran parlare che se ne fa, è assai meno chiaro di quanto non si creda. Ne sono una testimonianza le tante esperienze che si possono incontrare all'interno del Ssn su questo tema, tutte estremamente diverse tra loro, spesso con obiettivi distanti, ma tutte rigorosamente ricomprese sotto il grande cappello dell'empowerment.

Quel che è certo è che puntare sui cittadini, singoli o organizzati in associazioni o altre forme di rappresentanza, sulla loro competenza e sulla loro capacità di esercitare diritti e doveri, poteri e responsabilità, necessita di un investimento serio in attività di empowerment e un incremento significativo, per qualità e quantità, della informazione. In altre parole, richiede un'attenzione strategica per il tema. Per questo, ed anche in considerazione della estrema varietà di modalità attraverso le quali si affronta il tema e lo si declina nelle diverse realtà, l'Age.Na.S. ha avviato un programma per lo sviluppo e il coordinamento delle attività di sostegno alla promozione dell'empowerment che mira a favorire il confronto interregionale sul tema, a definire modelli e strumenti di monitoraggio delle esperienze nazionali, ad individuare e diffondere le buone pratiche.

Sono state sviluppate in modo particolare tre linee di lavoro:

- coordinamento del Gruppo Tecnico sull'empowerment;
- analisi delle esperienze di valutazione della qualità percepita nei confronti dei servizi sanitari;
- supporto al progetto intersettoriale "Difendiamo la salute".

Il Gruppo Tecnico, nel corso del secondo semestre 2008, si è dedicato alla sperimentazione e validazione della scheda di rilevazione delle iniziative di empowerment. La sperimentazione si è conclusa con l'approvazione della versione definitiva della scheda di rilevazione, la raccolta di 23 schede e la segnalazione di 52 esperienze regionali di empowerment.

Rispetto alla seconda linea di lavoro, l'Age.Na.S. ha impostato ed avviato una ricognizione a livello internazionale e nazionale, relativamente alle esperienze di implementazione dei modelli di rilevazione della qualità percepita negli ultimi 5 anni, al fine di descrivere lo stato dell'arte degli interventi effettuati o in via di effettuazione.

Riguardo al progetto intersettoriale "Difendiamo la salute", l'Agenzia ha collaborato all'elaborazione del questionario di rilevazione utilizzato nell'indagine campionaria finalizzata alla rilevazione dei bisogni formativi dei Sindaci e amministratori locali, sulla base della quale è stato strutturato un pacchetto formativo ad hoc. L' Age.Na.S., inoltre, ha continuato a mettere a disposizione il proprio know how, per contribuire allo sviluppo di modelli di formazione continua, anche attraverso iniziative sul territorio.

Accreditare per garantire

L'Agenzia ha realizzato, nel primo semestre 2008, la prima versione del documento "Ricognizione delle norme regionali sull'accREDITAMENTO istituzionale in riferimento alla Legge n. 296/2006 (Finanziaria 2007), art. 1, comma 796, lettere o), s), t)", che fornisce elementi conoscitivi utili ad un confronto sullo stato di attuazione del percorso di accREDITAMENTO istituzionale nelle Regioni.

Nell'ambito di quanto previsto dalla Convenzione per le attività di supporto operativo e gestionale dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali al Sistema Nazionale di Verifica e Controllo

sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS), la stessa ricognizione è stata utilizzata per avviare un'attività di aggiornamento periodico della normativa nazionale e regionale e della sua implementazione.

Nel corso del secondo semestre si è proceduto alla revisione della ricognizione, attraverso la raccolta e l'analisi delle fonti normative regionali di recente adozione, nonché tramite specifica richiesta, rivolta ai rappresentanti ed agli Assessori regionali, di riferire circa lo stato di avanzamento del percorso di accreditamento istituzionale. La ricognizione aggiornata sarà pubblicata sul sito dell'Agenzia.

È stata inoltre avviata la costruzione di un modello di analisi dell'accreditamento, quale strumento per il miglioramento continuo della qualità, al fine di redigere linee guida ad hoc. In collaborazione con il Gruppo Tecnico per l'Accreditamento, inoltre, è stata avviata una ricerca volta a rilevare le scelte organizzative, strategiche e metodologiche seguite dalle Regioni e P.A. nella definizione del fabbisogno.

Tra gli aspetti specifici da approfondire nell'ambito dell'accreditamento si colloca lo sviluppo della Day Surgery e della chirurgia ambulatoriale, quale opportunità di riorganizzazione delle reti assistenziali. L'Age.Na.S. sta elaborando un programma di monitoraggio costante dello sviluppo di tali attività in Italia, finalizzato a coinvolgere attivamente il mondo professionale ed organizzativo e che preveda specifici momenti di confronto e discussione con le realtà istituzionali.

Fare spazio alla innovazione

Innovazione e ricerca evocano spesso un quadro di potenziale conflitto. Alle aspettative crescenti e apparentemente inesauribili sul versante della domanda fa da contraltare, assai spesso, sul versante della offerta pubblica, la diffidenza nei confronti della introduzione di novità, in relazione alla necessità di verificarne l'appropriatezza e al confronto obbligato con risorse limitate.

Proprio in relazione a queste premesse, l'impegno del Ssn deve concentrarsi sulla capacità di selezione delle nuove tecnologie da adottare, sulla individuazione delle priorità, sulla capacità di promuovere l'adozione tempestiva, nell'interesse dei cittadini di ciò che si riveli effettivamente innovativo ed appropriato. La complessità di un quadro di insieme già così impegnativo è ulteriormente complicata dalla constatazione che l'innovazione non è mai solo tecnologica, ma è sempre anche organizzativa e spesso istituzionale, e causa la messa in discussione di scelte programmatiche precedentemente assunte. L'impegno su questo terreno è, dunque, in tutta evidenza, fortemente strategico per qualunque servizio sanitario pubblico.

Sul versante dell'innovazione nel corso del 2° semestre del 2008, l'Agenzia ha condotto iniziative riguardanti :

- l'avvio di una ricognizione sistematica dell'innovazione organizzativa riguardante gli strumenti di controllo/monitoraggio e gestione dell'innovazione tecnologica nelle regioni;
- l'approfondimento dei temi riguardanti i rapporti pubblico-privato nelle regioni;
- la diffusione delle principali tecnologie biomediche, l'analisi delle forme di esternalizzazione e centralizzazione della funzione di acquisto nelle aziende sanitarie;
- l'Health Technology Assessment (HTA);
- l'attivazione del Centro di osservazione delle tecnologie biomediche emergenti - C.O.T.E. - (Horizon Scanning).

In particolare, con la collaborazione delle Regioni Toscana, Friuli Venezia Giulia, Lazio ed Emilia Romagna, si sono concluse le rilevazioni riguardanti la centralizzazione e la esternalizzazione della funzione di acquisto da parte delle aziende sanitarie dei dispositivi medici, incluse le apparecchiature, l'utilizzo del service per l'acquisizione dei dispositivi medici e la diffusione di tecnologie biomediche ad elevato impatto nelle aziende sanitarie.

Le attività afferenti all'Health Technology Assessment sono consistite nella produzione dei report definitivi di valutazione dei test rapidi per l'influenza, delle protesi totali d'anca e della videocapsula endoscopica.

Con notevole interesse è stata accolta dalla comunità scientifica, dalle regioni, dalle Istituzioni e dall'industria l'attivazione del Centro di osservazione delle tecnologie biomediche emergenti (C.O.T.E.). L'attività di horizon scanning, inquadrata nel programma di ricerca corrente 2007, mira a pervenire ad un sistema di identificazione preventiva o precoce di quelle tecnologie che possono avere rilevante impatto sul SSN.

Misurare qualità, efficienza ed equità per decidere

I sistemi sanitari pubblici, per ovvie ed evidenti ragioni, fanno i conti costantemente con la necessità di monitorare, misurare, valutare, per decidere. Si tratta di un percorso virtuoso per quanti, pochi, lo hanno adottato per tempo, facendo esercizio di lungimiranza, oltre che di buon governo e buona amministrazione. Oggi rappresenta, ogni giorno di più, una strada obbligata per tutti. Non a caso Monitor ha dedicato uno dei suoi quaderni, pubblicato nel mese di maggio 2008, proprio ai sistemi di valutazione dei servizi sanitari. Il Quaderno rende conto di un lavoro di ricognizione e di confronto avviato dall' Age.Na.S. con un duplice obiettivo. Il primo, offrire alle Regioni che hanno avviato esperienze in questo campo una sede di confronto e di scambio che possa contribuire ad arricchire ed integrare i modelli e gli strumenti utilizzati. Il secondo, tentare di estrapolare dalle esperienze realizzate un modello che rappresenti un comune denominatore e che possa essere offerto alle Regioni che devono recuperare uno svantaggio in questo ambito.

L'Age.Na.S. ha messo in campo una serie di iniziative orientate ad individuare strumenti utili a misurare e valutare, che si sono andate consolidando nel corso del secondo semestre 2008 ed hanno cominciato a dare frutti, in maniera assai promettente.

Tra questi strumenti va citato REMOLET (Rete di Monitoraggio dei Lea Tempestiva), nato soprattutto per la necessità espressa dalle Regioni e anche dagli altri soggetti istituzionali e non, di disporre di dati tempestivi e ragionati sul funzionamento del sistema sanitario.

REMOLET si propone di essere un modello di sistema "leggero", poco costoso, veloce, senza problemi di privacy, molto flessibile e trasparente rispetto ai problemi dei sistemi informativi regionali. Non un sistema alternativo, piuttosto un sistema che si affianca ed integra il primo. Con la fine del 2008 sono ben 15 le regioni che stanno collaborando a REMOLET e le altre 6 (tra cui le province di Trento e Bolzano) hanno già annunciato di avere intenzione di aderire presto al progetto.

Sono stati raccolti ed analizzati i dati dei ricoveri del 2007, sia per luogo di produzione che per residenza, disaggregati per DRG. Con questi dati sono state effettuate diverse analisi tra le quali alcune pubblicate sulla stampa di informazione sanitaria.

Il progetto REMOLET ha dimostrato di essere un efficace integrazione dei sistemi informativi ministeriali in quanto anticipa di almeno un anno la produzione di tabelle ed indicatori sintetici e stimola le singole Regioni all'analisi ed al confronto dei loro dati.

Nel 2009 si verificherà la possibilità di allargare il sistema ad altre fonti informative.

Le analisi sviluppate nell'ambito di REMOLET riguardano maggiormente il versante organizzativo-programmatorio rispetto a quello clinico-epidemiologico. Mentre per quest'ultimo normalmente la tempestività dei dati, in termini di mesi o pochi anni, non produce un arricchimento fondamentale all'analisi, data la lentezza del cambiamento del quadro epidemiologico, sul versante organizzativo, invece, i cambiamenti sono molto veloci ed i confronti tra Regioni possono risultare estremamente utili solo, o soprattutto, se effettuati tempestivamente.

Impegno analogo l'Age.Na.S ha messo in campo anche sul versante del controllo della spesa sanitaria attraverso i conti economici. La fonte principale per l'analisi della spesa sanitaria del Ssn è rappresentata dai dati dei Modelli CE. L'Agenzia ha inserito nel proprio sito internet (www.age-nas.it) una sintesi dei modelli CE nazionale e di quelli regionali accompagnati da un'analisi relativa ai settori principali di costo.

L'attenzione principale è ora indirizzata ai modelli LA che dovrebbero rilevare i costi per livello di assistenza.

Alla ricerca della formazione continua

Dal 1° gennaio 2008, con l'entrata in vigore della Legge 24 dicembre 2007, n.244, la gestione amministrativa del programma di E.C.M. ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, sino a quella data di competenza del Ministero della Salute, sono stati trasferiti all'Age.Na.S..

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 ECM per il triennio 2008-2010 prevede, infatti, che la Commissione Nazionale e gli organismi che la corredano (Osservatorio Nazionale, Consulta e Comitato tecnico delle Regioni) siano collocati presso l'Agenzia.

Nel secondo semestre 2008, per quanto attiene l'ECM, l'Age.Na.S. ha proseguito nelle attività di supporto alla Commissione Nazionale e alle sue articolazioni.

In attesa che venga ridefinito il nuovo assetto, secondo l'impianto dettato con l'Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007 con completamento della nomina di tutti gli organismi di supporto della Commissione Nazionale (Osservatorio e Consulta nazionale delle formazione permanente) e si proceda con il riordino del sistema ECM, secondo le linee programmatiche annunciate dal

Sottosegretario nella riunione di insediamento, che puntano l'attenzione soprattutto sui provider pubblici e sul coinvolgimento delle strutture del Ssn, l'Age.Na.S ha proseguito con la sua attività di supporto ai lavori del Comitato tecnico delle Regioni per l'ECM il quale ha recentemente approvato il documento su "Criteri per l'accreditamento dei provider". Inoltre, in conformità agli indirizzi di attività attribuiti all'Agenzia, dalla Conferenza Unificata del 20 settembre 2007, è stato avviato, in collaborazione le Regioni e le Professioni, un gruppo di lavoro finalizzato allo studio delle procedure di registrazione e certificazione dei crediti ECM volto alla individuazione della corretta raccolta dei dati per il monitoraggio del sistema, in particolare per quanto riguarda i provider, gli eventi e i crediti erogati. Sono stati definiti alcuni aspetti per consentire ai vari sistemi anagrafici di dialogare tra loro, dal codice di assegnazione ai vari eventi, alla identificazione dei sanitari con doppia iscrizione agli albi, alle tipologie degli eventi formativi, ed al ruolo dei partecipanti agli eventi (docenti, tutor, discenti). È stato, inoltre, condiviso il documento con le "Informazioni minime per il tracciato standard dei flussi informativi ECM".

Per quanto riguarda, poi, l'interscambio dei dati nel sistema ECM, è stata avviata una collaborazione con il Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie - Co.Ge.A.P.S. - e le Regioni, al fine, sia di verificarne la fattibilità tecnica, che di quantificare l'impegno necessario alla ricostruzione di un data base nazionale della partecipazione agli eventi ECM a partire dal 2002.

Inoltre, è in fase di organizzazione un Seminario operativo di approfondimento, che preveda il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, Aifa, Farmindustria, da realizzarsi entro i primi mesi del 2009.

Per quanto attiene alla Gestione amministrativa del Programma ECM, la Convenzione, stipulata tra Age.Na.S ed ex Ministero della Salute, volta ad assicurare il corretto graduale trasferimento delle competenze tecniche, scientifiche, amministrative ed informatiche, dal Ministero all'Agenzia, è stata prorogata al 28 febbraio 2009.

Monitoraggio dei piani di rientro

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 è stata stipulata da questa Agenzia una apposita convenzione con il Ministero della Salute.

In tale contesto e in attuazione degli indirizzi delineati, 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 e a svolgere il ruolo di stimolo e di coordinamento, anche finanziariamente supportata, nei confronti delle Regioni coinvolte nelle partnership per il processo di attuazione dei singoli Piani di Rientro.

In relazione alle attività individuate, l'Agenzia garantisce la propria collaborazione, mettendo a disposizione risorse umane esperte da impegnare nell'attività di affiancamento delle regioni in stretta collaborazione con il Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema. Inoltre, l'Agenzia deve garantire lo svolgimento di funzioni di coordinamento delle regioni coinvolte nelle partnership, attraverso il collegamento ed il confronto delle esperienze e delle misure adottate, nonché attraverso la stipula di apposite convenzioni con ciascuna Regione coinvolta nella partnership, per supportare finanziariamente lo svolgimento e regolare i criteri e le modalità di svolgimento dei compiti di supporto operativo e gestionale, anche in collaborazione con i competenti uffici del Ministero della Salute.

L'attività ha riguardato inizialmente l'analisi di tutti i Piani di Rientro delle Regioni col disavanzo, (Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Sicilia) delle normative ad essi collegate emanate dal gennaio 2007 e già validate dal Tavolo degli Adempimenti e di tutti i documenti consegnati dal Ministero della Salute propedeutici per lo studio dei Piani. L'attività si è caratterizzata poi, per l'affiancamento delle Regioni, laddove è stato fino ad oggi richiesto dagli Assessorati, con interventi in particolare orientati al supporto nella definizione delle strategie di razionalizzazione collegate al Piano e nella stesura dei Provvedimenti, in particolare di riordino delle aziende, di riprogettazione della rete ospedaliera e territoriale, di miglioramento della appropriatezza di tutte le attività e di sviluppo della gestione del cambiamento.

Per quanto riguarda la funzione complessiva dell'Agenzia nell'affiancamento, in considerazione degli aspetti metodologici descritti e dopo la seppur brevissima esperienza, si ritiene che le azioni operative principali siano:

- facilitare l'introduzione di metodologie di audit e l'uso di strumenti come il "lavoro di Gruppo e per processi", al fine di sviluppare cooperazione tra le istituzioni; creare consenso nei portatori di interesse, trasferire le pratiche migliori presenti nel Paese; realizzare progetti di fattibilità, in una sorta di processo di formazione orientato alla crescita delle competenze delle risorse umane disponibili ma anche della loro responsabilità;

- comprendere ed individuare le competenze ed esperienze professionali necessarie a superare le criticità e, inoltre, garantirne l'utilizzo razionale ed efficiente attraverso una funzione di coordinamento continuo;
- intervenire costantemente da stimolo allo sviluppo del processo di cambiamento culturale;
- supportare il Piano di Comunicazione a tutti i livelli: istituzionale (regioni, comuni, sindacati, ecc.), professionale (medici, infermieri, università), cittadini (associazioni dei pazienti, volontariato, ecc.) con un linguaggio specifico orientato alla chiarezza della condivisione di obiettivi, risorse, responsabilità e, anche, alla capacità di misurare i risultati attesi nel breve e lungo periodo.

L'applicazione sul campo degli strumenti e metodi descritti, attraverso il confronto con i dirigenti delle Regioni, quelli dei Ministeri della Salute e dell'Economia, nonché delle Regioni partner, consente e consentirà di verificarne la validità e compiere correzioni e miglioramenti per renderli sempre più puntuali ed efficaci rispetto alle modifiche del sistema.

Sicuramente l'esperienza dimostra che è necessaria la massima attenzione e condivisione delle informazioni e della conoscenza della realtà regionale affinché si possa garantire lo stimolo e il supporto adeguato, tempi certi di realizzazione del Piano e, di conseguenza, affidabilità e credibilità di tutto il Sistema.

1. Migliorare l'accesso al Ssn. Tempi e liste di attesa

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

L'Age.na.s. cura la realizzazione dei compiti definiti dal "Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa 2006-2008" (PNCTA) e di quelli già previsti dai precedenti Accordi Stato-Regioni in materia.

Nel secondo semestre 2008, sono state licenziate le relazioni finali sulla sperimentazione delle 48 prestazioni evidenziate in grigio nel PNCTA e sul monitoraggio dei tempi di attesa di 11 prestazioni ambulatoriali (ecografia dell'addome, ecocolordoppler dei vasi periferici, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, EGDS, rm della colonna, rm cerebrale, tac del capo, tac dell'addome, visita oculistica, visita ortopedica e visita cardiologica), effettuato il 22/23/24 gennaio 2008. È stato, inoltre, effettuato un nuovo monitoraggio dei tempi di attesa delle stesse prestazioni ambulatoriali, per la prima volta su cinque giornate indice (20-24 ottobre 2008). In collaborazione con il Gruppo Tecnico per il monitoraggio dei tempi di attesa, è stato predisposto il documento "Ipotesi per il Nuovo Piano Nazionale Tempi di Attesa"; è stata avviata un'indagine conoscitiva relativa all'attuazione degli strumenti previsti dal citato PNCTA e al loro impatto sulla complessa materia dei tempi di attesa ed è stato assicurato al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali il supporto tecnico per la rilevazione semestrale della sospensione delle attività di erogazione.

L'Age.Na.S., in collaborazione con il Gruppo Tecnico sul monitoraggio dei tempi di attesa, il 7 Luglio 2008 ha concluso la relazione finale sulla sperimentazione delle 48 prestazioni evidenziate in grigio nel PNCTA che, in data 14 Luglio 2008, è stata inviata al Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ai Sottosegretari e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea. In data 7 agosto 2008 la stessa è stata inviata a tutti gli Assessori delle Regioni e Province Autonome.

Ad inizio settembre 2008, a causa di ritardi nell'invio dei dati da parte di alcune Regioni e a seguito di sperimentazioni richieste dal Gruppo Tecnico di analisi descrittive dei risultati che hanno comportato rielaborazioni dei dati, è stata conclusa la relazione finale del monitoraggio dei tempi di attesa, effettuato il 22/23/24 gennaio 2008, delle 11 prestazioni ambulatoriali (ecografia dell'addome, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, ecocolordoppler dei vasi periferici, esofagoga-

¹ A cura della sezione *Qualità e Accreditamento*

stroduodenoscopia, rm della colonna, rm cerebrale, tac del capo, tac dell'addome, visita cardiologia, visita oculistica, visita ortopedica). Tale relazione è stata inviata al Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ai Sottosegretari e al Coordinamento degli Assessori regionali alla Sanità e in data 16 ottobre 2008 agli Assessori alla Sanità e ai Direttori Generali degli Assessorati alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome.

1.1 Monitoraggio "ex ante" dei tempi di attesa delle undici prestazioni previste dal Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa

Allo scopo di contribuire all'implementazione del PNCTA e in attesa della piena operatività del N-SIS, si è svolto nuovamente il monitoraggio dei tempi di attesa delle 11 prestazioni ambulatoriali previste dal PNCTA, realizzato per la prima volta su cinque giornate indice (20/21/22/23/24 ottobre 2008). La Calabria e la Sardegna hanno effettuato per motivi organizzativi il monitoraggio in date diverse, rispettivamente dal 10 al 14 novembre la Sardegna e dal 1° al 5 dicembre la Calabria. Il Gruppo Tecnico istituito presso l'Age.Na.S, incaricato di predisporre e sperimentare la metodologia idonea allo scopo, alla luce delle precedenti sperimentazioni (novembre 2002, giugno 2003, gennaio 2004, ottobre 2004, aprile 2005, ottobre 2005, aprile 2006, gennaio 2008) ha provveduto ad organizzare la nuova rilevazione su base nazionale. In tutte le aziende sanitarie italiane, per tutti gli erogatori presenti, pubblici e privati accreditati, sono state monitorate le 11 prestazioni.

Allo scopo di evitare possibili bias nella rappresentazione delle informazioni, in considerazione del principio di equità di accesso rispetto al bisogno e dell'importanza dell'implementazione di sistemi di stratificazione della domanda, si è concordato di chiedere alle Regioni di trasmettere i dati sul monitoraggio di gennaio, differenziati per classi di priorità (per le Regioni che le abbiano adottate), in maniera tale da fotografare in modo più preciso e utile la capacità di risposta in relazione alle priorità. I dati inviati potevano far riferimento anche ad una sola delle 11 prestazioni, purché rilevati per l'intero ambito regionale. Al 31 dicembre 2008 sono pervenuti i dati di 17 Regioni. Poiché nella fase di rielaborazione sono state riscontrate forti anomalie e incompletezze è in corso, in collaborazione con alcune Regioni, la revisione del processo di validazione.

1.2 Il Gruppo Tecnico di monitoraggio dei tempi di attesa

L'Age.Na.S. e il Gruppo Tecnico sono stati impegnati nella sperimentazione di nuove modalità grafiche per la rappresentazione dei risultati sia del monitoraggio delle 48 prestazioni evidenziate

in grigio nel PNCTA - completato con anticipo rispetto ai termini assegnati (dicembre 2008) - sia del monitoraggio di gennaio 2008. Le nuove modalità di raccolta e rappresentazione segnalate dal Gruppo Tecnico che verranno utilizzate per la reportistica dei dati del monitoraggio di ottobre 2008.

Al fine di predisporre le proposte di indirizzo per il prossimo Piano di contenimento dei tempi di attesa, è stato elaborato il documento "Ipotesi per il Nuovo Piano Nazionale Tempi di Attesa", inviato in data 14 luglio 2008 al Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ai Sottosegretari e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea (allegato 1).

1.3 Attività di supporto al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Nel corso del secondo semestre del 2008, l'Age.Na.S. ha assicurato il supporto tecnico e logistico al gruppo di lavoro nazionale che si è occupato dello Studio di fattibilità "Sistema di monitoraggio dei tempi di attesa". Questo gruppo di lavoro, coordinato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, è attualmente composto dai referenti delle Regioni e Province autonome (P.A.), dall'Age.Na.S. e dallo stesso Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Nel corso del secondo semestre 2008, il lavoro si è concentrato sull'avvio della rilevazione semestrale delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle Aziende sanitarie ed ospedaliere. L'11 giugno 2008 l'Age.Na.S. ha inviato a tutti i referenti regionali la documentazione sul monitoraggio delle sospensioni dell'attività di erogazione delle prestazioni, inoltrando via e-mail la lettera in cui il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali comunicava agli Assessori alla Sanità delle Regioni e P.A. l'avvio della rilevazione del monitoraggio delle sospensioni.

1.4 Indagine conoscitiva sui tempi di attesa per i referenti regionali ed aziendali

A due anni dall'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006, che ha sancito il "Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008" (PNCTA), si è avvertita la necessità di acquisire alcune informazioni relative all'attuazione degli strumenti previsti dal citato PNCTA e al loro impatto sulla complessa materia dei tempi di attesa.

A seguito della significativa indagine svolta in tutte le Regioni attraverso la tecnica dei focus-group (in seno al progetto Mattone "Tempi di Attesa"), l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari

Regionali in collaborazione con il Gruppo Tecnico per il monitoraggio dei tempi di attesa, ha ritenuto utile organizzare una seconda indagine conoscitiva rivolta ai referenti regionali e referenti aziendali per i tempi di attesa. L'obiettivo è di comprendere la percezione e l'esperienza circa l'implementazione dei dispositivi previsti dal PNCTA e come questi abbiano impattato sulla gestione e il miglioramento dei tempi e delle liste di attesa. Tali informazioni appaiono rilevanti anche per poter meglio comprendere e interpretare i dati emersi dai monitoraggi nazionali realizzati in seguito all'attuazione del piano nazionale stesso.

L'indagine è stata avviata, mediante questionari rivolti ai referenti regionali e aziendali, il 23 ottobre 2008. La raccolta dati si concluderà entro il 15 gennaio 2009.

I risultati dell'indagine, di tipo conoscitivo, saranno rappresentati in un report finale e diffusi in forma aggregata e non per singola Regione/Azienda.

1.5 Workshop relativo alle problematiche inerenti i tempi di attesa Roma - Università di Tor Vergata

L'Age.Na.S., al fine di promuovere la diffusione della metodologia di monitoraggio dei tempi di attesa, ha colto l'opportunità offerta dall'Università degli studi di Tor Vergata di organizzare, all'interno del Master in "Governare clinico ed economico delle strutture sanitarie", una giornata formativa (20 Novembre 2008) sulla tematica dei tempi di attesa, che ha costituito un momento interessante di riflessione e di confronto tra il livello centrale, le Regioni ed i professionisti.

L'obiettivo generale è stato quello di fornire un quadro a livello nazionale dello stato dell'arte della tematica dei tempi e liste di attesa, con particolare riguardo alla funzione di monitoraggio, alla luce di un confronto tra Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ed esperti di varie Regioni.

Il programma si è articolato in due sessioni, di cui la prima dedicata all'inquadramento della tematica all'interno del contesto normativo di riferimento (in particolare il Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa e conseguenti politiche di intervento a livello di alcune Regioni). La seconda è stata focalizzata su significative esperienze realizzate in 6 Regioni ed in una Provincia Autonoma (Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Puglia, Umbria, Veneto e P.A. Trento), presentate dai referenti del Gruppo Tecnico per i tempi di attesa.

1.6 Supporto all'Osservatorio Nazionale per l'Attività Libero-Professionale²

In base al mandato della Conferenza Unificata del 20 settembre 2007 e alla Convenzione per le attività di supporto operativo e gestionale dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali al Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS), l'Age.Na.S. ha avviato attività di studio e ricerca sul tema. Ha partecipato alle riunioni di lavoro e ha contribuito alle attività dell'Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale (ex art. 1, comma 13, legge n. 120 del 2007 e 15-quaterdecies del D.Lgs. n. 502/1992).

Dell'Osservatorio, presieduto dal Sottosegretario di Stato prof. Ferruccio Fazio, fanno parte rappresentati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, del Ministero dell'Economia e delle Finanze, delle Regioni e dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

L'attività dell'Osservatorio, nel suo primo anno di funzionamento, si è incentrata sul monitoraggio dello stato di attuazione della legge 6 agosto 2007, n. 120, recante "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria".

A seguito di una revisione della normativa nazionale e regionale sul tema della attività libero-professionale intramuraria, condotta da quest'Agenzia nel primo semestre e cui ha fatto seguito l'invio della relazione finale al vice Presidente dell'Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale, Dr. Giovanni Leonardi (Direttore Generale delle Risorse Umane e Professioni Sanitarie - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali), l'Age.Na.S. ha collaborato alla strutturazione di un sistema di monitoraggio degli adempimenti regionali della legge n.120/2007, predisponendo innanzitutto una scheda di rilevazione dell'attività libero-professionale che è stata inviata a tutte le Regioni e Province Autonome.

Da tale scheda è stato ricavato un set di indicatori per la valutazione comparativa delle diverse realtà regionali. La scelta degli indicatori da utilizzare per il monitoraggio dell'attuazione delle disposizioni contenute nei commi 1, 2, 4, 5, 6 e 7 dell'art.1, legge n.120/2007, si è basata su uno studio – da parte di un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale – che ha tenuto conto da un lato, della rilevanza degli aspetti da prendere in considerazione e dall'altro della reperibilità di tali informazioni: la scelta di elementi marginali, così come informazioni con una prevedibile scarsa rispondenza, avrebbero infatti creato notevoli problemi di rappresentatività dei risultati oltre a richiedere complessi, aggiustamenti metodologici di dubbia attendibilità.

² A cura della sezione *Qualità e Accreditamento* con il supporto della sezione *Organizzazione dei Servizi Sanitari*

Secondo tale logica, la valutazione iniziale si è basata su un set di 18 indicatori, quindi ridotti a 14, a seguito sia del pre-test (che ha mostrato come il valore aggiunto dagli indicatori eliminati, non forniva alcuna informazione utile ed anzi, dava origine a problemi metodologici rilevanti), sia delle decisioni della Corte Costituzionale (che in data 5 novembre 2008 con la sentenza n. 371 ha dichiarato l'incostituzionalità di alcune disposizioni contenute nella richiamata legge n. 120/2007), che della legge 4 dicembre 2008, n.189, (che ha prorogato al 31 dicembre 2012 il termine per il completamento degli interventi di ristrutturazione edilizia per l'adeguamento degli spazi aziendali da destinare alla libera professione intramuraria ed al 31 gennaio 2010 il termine per il superamento dell'intramoenia allargata).

I differenti modelli di valutazione sperimentati (allegato 2) sono stati inclusi, assieme alla ricognizione normativa, ai risultati della prima fase di monitoraggio, al confronto tra prima e seconda relazione semestrale e alla comparazione dei risultati ottenuti dalle Regioni/Province Autonome, in un report conclusivo ("Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria secondo quanto disposto dalla L. n. 120/07") dell'Osservatorio che verrà presentato in Parlamento nei primi mesi del 2009.

Supporto alle Regioni per lo studio e l'elaborazione di linee guida in materia diagnostica, terapeutica e organizzativa, tali da garantire agli enti locali e tramite loro, ai cittadini, coerenza fra livelli essenziali previsti ed effettiva accessibilità degli stessi.

Le attività per lo studio e l'elaborazione di linee guida si sono svolte nell'ambito del Programma di ricerca corrente 2006, con lo sviluppo e il coordinamento di due ricerche³ che si collocano all'interno del "Programma multicentrico di elaborazione di linee guida in materia clinico-organizzativa nell'ambito del sistema nazionale linee guida":

1. Linee guida per la verifica dell'appropriatezza e del rispetto dei tempi d'attesa dei percorsi complessi;
2. Significative esperienze di formazione sull'appropriatezza delle prescrizioni per i medici di medicina generale, orientate al buon uso delle risorse, con riferimento alle prestazioni di assistenza farmaceutica, specialistica nonché di diagnostica strumentale.

³ A cura della sezione *Qualità e Accreditamento*

Riguardo alla ricerca indicata al primo punto, è stato definito, sperimentato e condiviso un modello di percorso diagnostico-terapeutico complesso per le patologie tumorali (tumore della mammella, del colon-retto e del polmone) e sono state predisposte le linee guida per l'analisi dei percorsi diagnostico-terapeutici complessi presi in esame e per la verifica dell'appropriatezza.

I prodotti realizzati dalla seconda ricerca, in coerenza con gli output attesi, sono una rassegna della letteratura sull'efficacia della formazione, una griglia validata di valutazione ex-post di percorsi formativi orientati all'appropriatezza e la raccolta e valutazione di esperienze italiane esemplari di formazione all'appropriatezza. Un ulteriore prodotto, originariamente non previsto tra gli output del progetto, è stata la proposta di linee guida/raccomandazioni alla progettazione di tali percorsi formativi.

Nell'ambito dello stesso "Programma multicentrico di elaborazione di linee guida in materia clinico-organizzativa nell'ambito del sistema nazionale linee guida"⁴ per quanto riguarda le Linee Guida, la cui elaborazione è stata commissionata a centri collaborativi esterni regionali che costituiscono e coordinano direttamente (in accordo con l'Age.Na.S.) i Gruppi di lavoro secondo una metodologia oggetto di convenzione, i lavori sono sostanzialmente conclusi e si sta mettendo a punto la versione definitiva del testo delle linee guida relative a "Diagnosi precoce dei tumori del polmone" e "Sindromi coronariche acute". È in corso avanzato anche la stesura semidefinitiva delle linee guida (linee guida per l'uso appropriato del taglio cesareo, linee guida per la prevenzione e la terapia della BPCO, linee guida per la diagnosi precoce e il trattamento del carcinoma della vescica) la cui elaborazione è sviluppata internamente all'Agenzia mediante il lavoro di gruppi di esperti di provenienza dalle diverse Regioni e dalle Società scientifiche.

1.7 Linee guida per la verifica dell'appropriatezza e del rispetto dei tempi d'attesa dei percorsi complessi.

La ricerca è iniziata a febbraio del 2008 e vede la partecipazione dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e di due Unità di Ricerca (UU.RR.) rappresentate dall'Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria (ULSS) n. 9 di Treviso e dalla Regione Puglia rappresentata dall'ARES Puglia.

L'obiettivo principale di questo progetto consiste nel formulare linee guida per permettere alle aziende sanitarie e alle singole strutture del SSN di analizzare i percorsi diagnostico-terapeutici complessi, verificando se i percorsi reali siano conformi alle buone pratiche, sia come successione di procedure, che come intervalli temporali. In particolare, il progetto intende identificare un

⁴ A cura del *Coordinamento Linee Guida*

“modello di percorso” per i pazienti con le patologie oncologiche più prevalenti rappresentate dal tumore della mammella, del colon-retto e del polmone, e mettere a punto modalità con cui analizzare i percorsi diagnostico-terapeutici delle tipologie di pazienti selezionati, verificandone la corrispondenza ai protocolli e ai tempi previsti. La ricerca è pertanto orientata anche ad ottenere informazioni riguardo i tempi di attesa tra le diverse procedure diagnostico-terapeutiche, per svolgere eventuali valutazioni circa la correlazione tra gli intervalli temporali e gli outcome assistenziali. La strutturazione del programma prevede l’organizzazione delle attività articolate su due livelli: uno centrale rappresentato dal “Gruppo di coordinamento”, presso l’Age.Na.S. e due gruppi operativi di clinici esperti situati uno a Treviso e uno a Bari, per le attività di sperimentazione del “modello di percorso”.

Il termine inizialmente previsto per la ricerca era stato fissato per il 31 ottobre 2008, ma in considerazione del pieno raggiungimento dei risultati attesi relativi soprattutto alla fase di sperimentazione del “modello di percorso”, si è reso necessario richiedere al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, una proroga sulla scadenza prevista e pertanto il progetto si concluderà il 31 gennaio 2009.

Nel corso del secondo semestre del 2008, si è tenuto un ultimo incontro con i referenti scientifici delle due UU.RR., organizzato e coordinato dall’Age.Na.S., che ha consentito di definire nel dettaglio le fasi metodologiche conclusive in cui si articola la ricerca, finalizzate al pieno raggiungimento degli obiettivi e riportate di seguito:

- la condivisione delle conoscenze ed esperienze attivate localmente dalle due U.U.R.R. rispetto ai percorsi diagnostico-terapeutici complessi;
- l’approfondimento dell’analisi della normativa, della letteratura e delle esperienze sulla gestione dei tempi d’attesa, utilizzando le conoscenze acquisite provenienti dal Progetto Mattone “Tempi d’attesa”, che rappresenta il naturale proseguimento di questa ricerca corrente;
- l’approfondimento e l’aggiornamento della letteratura, delle linee guida e dei protocolli clinici nazionali già esistenti per la diagnosi e la terapia delle tipologie di tumori oggetto di studio e la loro integrazione per definire percorsi prototipali, in collaborazione con i gruppi operativi coinvolti, costituitisi a Treviso e Bari;
- lo svolgimento della fase di raccolta dei dati e la predisposizione di un “modello di percorso” diagnostico-terapeutico complesso per i pazienti con le patologie oncologi-

che prese in esame, in collaborazione con i gruppi di esperti clinici (oncologi, gastroenterologi, chirurghi, senologi, radiologi, pneumologi);

- l'attuazione della sperimentazione, in almeno due ambiti, della ricostruzione dei percorsi diagnostico-terapeutici (ex-post) attraverso il "modello di percorso" messo a punto, e la verifica della corrispondenza degli stessi alle linee guida, sia come attività, che come tempi di attesa;
- la valutazione degli elementi dei flussi informativi correnti, con particolare riferimento a quelli relativi alle SDO - Schede di Dimissione Ospedaliera, utilizzati per intercettare i pazienti e i percorsi diagnostico-terapeutici nell'analisi ex-post;
- l'analisi e la valutazione dei dati raccolti, finalizzata a valutare il grado di completezza, affidabilità e sensibilità del "modello di percorso" condiviso;
- la rivalutazione e l'implementazione del "modello di percorso" per l'analisi dei percorsi diagnostico-terapeutici complessi alla luce dei risultati della sperimentazione e la definizione della versione finale, in collaborazione con i gruppi operativi;
- la predisposizione delle linee guida sui percorsi complessi presi in esame, come output principale della ricerca;
- la predisposizione delle relazioni conclusive elaborate dall'Age.Na.S. e dalle due UU.RR.

Gli elaborati finali saranno trasmessi al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali entro il 31 gennaio 2009.

Infine, come ultima attività del progetto è prevista la presentazione e la diffusione dei risultati complessivi e del "modello di percorso" sperimentato, mediante pubblicazioni scientifiche, il sito web dell'Age.Na.S, e un seminario conclusivo che si prevede di organizzare entro la prossima primavera.

1.8 Significative esperienze di formazione sull'appropriatezza delle prescrizioni per i medici di medicina generale, orientate al buon uso delle risorse, con riferimento alle prestazioni di assistenza farmaceutica, specialistica nonché di diagnostica strumentale

Il progetto, avviato nell'ottobre del 2007, è volto da un lato ad identificare, attraverso la realizzazione di una metodologia per la classificazione comparativa degli interventi formativi in tema

di appropriatezza, una serie di esperienze esemplari sulla formazione all'appropriatezza prescrittiva dei medici di medicina generale, dall'altro ad elaborare delle Linee guida o delle raccomandazioni alla formazione alla qualità.

La ricerca, che sarebbe dovuta terminare a ottobre 2008, è stata prorogata per permettere il completo raggiungimento degli obiettivi e si concluderà, quindi, il 31 gennaio 2009.

L'attività di ricerca relativa al secondo semestre 2008 ha riguardato attività di coordinamento, progettazione, organizzazione e diffusione dei risultati.

L'Age.na.s, ha coordinato le attività delle 5 Unità di Ricerca coinvolte (4 Regioni: Emilia-Romagna, Lombardia, Puglia, Regione Siciliana e la società scientifica della FIMMG: Metis srl) curando gli aspetti organizzativi degli incontri di lavoro e la definizione cronologica delle attività.

30



Nel secondo semestre 2008, sono state organizzate ed effettuate 4 riunioni di lavoro (19 giugno - 11 luglio - 26 settembre - 7 novembre), tenutesi presso la sede dell'Age.Na.S. Durante tali incontri di lavoro è stato possibile – in linea con gli obiettivi della ricerca – predisporre uno strumento di valutazione valido ed oggettivo che permetta la misurazione dell'efficacia degli eventi formativi e un loro confronto.

La peculiarità della griglia di valutazione costruita risiede nella volontà di valorizzare le esperienze formative inserite all'interno di un "macroprocesso" più ampio, rispetto a singoli eventi formativi isolati che risultano avere un impatto minore sia sui comportamenti clinico-professionali, che sullo stato di salute della popolazione.

Relativamente alla costruzione della griglia di misurazione dell'efficacia degli interventi formativi volti al miglioramento dell'appropriatezza, è stata rivolta particolare attenzione agli steps statistico-metodologici propri della validazione di strumenti di misurazione (nello specifico, analisi della validità interna ed esterna e verifica del sistema di ponderazione).

I risultati prodotti dalla ricerca – in ottemperanza agli obiettivi previsti dal documento progettuale - sono costituiti da una rassegna della letteratura sull'efficacia della formazione (a cura della Regione Lombardia, con il supporto dell'Agenzia); da una griglia validata di valutazione ex-post di percorsi formativi orientati all'appropriatezza; dalla raccolta e dalla valutazione di esperienze esemplari – nel contesto italiano - di formazione all'appropriatezza; dalla proposta di linee guida/raccomandazioni alla progettazione di tali percorsi formativi. L'ultimo prodotto, derivante da una rivisitazione della griglia in versione ex-ante, non era previsto negli obiettivi della ricerca, ma

si è sentita la necessità, condivisa da tutto il gruppo di lavoro, di predisporre uno strumento utile anche per la progettazione degli eventi formativi.

L'Age.Na.S ha curato la segreteria scientifica ed organizzativa del convegno conclusivo di presentazione dei risultati della ricerca, che si è tenuto a Roma il giorno 16 dicembre (allegato3). Contestualmente si è proceduto alla stesura di un articolo scientifico che verrà pubblicato prossimamente su Monitor.

È in fase di elaborazione la versione definitiva della relazione finale del progetto, che verrà presentata al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali entro la fine di gennaio 2009.

Gli strumenti metodologici prodotti dalla ricerca potranno essere utilizzati per sviluppare le attività previste dalla Convenzione per le attività di supporto operativo e gestionale dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali al Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS), relativamente alla Responsabilizzazione dei medici di base e dei pediatri di libera scelta rispetto al tema dell'appropriatezza.

1.9 "Programma multicentrico di elaborazione di linee guida in materia clinico-organizzativa nell'ambito del sistema nazionale linee guida"⁵

Nel secondo semestre 2008, per quanto riguarda le Linee Guida, la cui elaborazione è stata commissionata a centri collaborativi esterni regionali (Lombardia: "Diagnosi precoce dei tumori del polmone" e Toscana: "Sindromi coronariche acute") che costituiscono e coordinano direttamente (in accordo con l'Age.Na.S.) i Gruppi di lavoro secondo una metodologia oggetto di convenzione, i lavori sono sostanzialmente conclusi e si sta mettendo a punto la versione definitiva del testo delle linee guida.

È in corso avanzato anche la stesura semidefinitiva delle linee guida la cui elaborazione è sviluppata internamente all'Agenzia mediante il lavoro di gruppi di esperti di provenienza dalle diverse Regioni e dalle Società scientifiche. In particolare:

- *linee guida per l'uso appropriato del taglio cesareo*: è stato elaborato un questionario finalizzato all'analisi dei determinanti non clinici dei comportamenti degli operatori medici ed è stato individuato, sulla base dei dati SDO relativi ai tagli cesarei, un congruo campione di strutture ospedaliere di maternità in diverse Regioni alle quali distribuire il questionario. La messa a punto del questionario si è realizzata con il con-

⁵ A cura del *Coordinamento Linee Guida*

tributo della facoltà di psicologia dell'Università La Sapienza di Roma e di esperti di diversa provenienza e sono stati effettuati pre-test di validazione. È in corso la rilevazione e successiva analisi dei dati.

- *linee guida per la prevenzione e la terapia della BPCO:*
- *linee guida per la diagnosi precoce e il trattamento del carcinoma della vescica:* è stata completata, per le due tematiche, la ricerca bibliografica e la grande quantità di studi che ne sono derivati è in corso di valutazione per la definizione dei livelli di evidenza e la formulazione delle relative raccomandazioni. È, nello stesso tempo in corso avanzato la stesura, da parte dei diversi sottogruppi esterni impegnati nel lavoro, del testo di base delle due linee guida.

La linea guida sull'uso appropriato del taglio cesareo prevede poi una componente in collaborazione con l'I.S.S., con il quale sono in corso incontri finalizzati alla elaborazione di raccomandazioni cliniche sulle indicazioni al taglio cesareo per le quali è in atto l'adattamento, con la nostra collaborazione, delle linee guida sul taglio cesareo del NICE inglese.

2. Garantire qualità e sicurezza delle cure

Supporto al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e alle Regioni e P.A. per le iniziative relative alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti⁶

Nel secondo semestre 2008 l'Age.Na.S. ha proseguito le attività intraprese nell'esercizio delle nuove funzioni ad essa attribuite dall'Intesa Stato-Regioni e P.A. del 20 marzo 2008 - e che peraltro contribuiscono sinergicamente al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione interna – sia con riferimento al monitoraggio delle buone pratiche che all'Osservatorio Sinistri e Polizze Assicurative.

Riguardo alla prima attività, a seguito dell'elaborazione delle informazioni raccolte tramite la *call for good practice* 2008, è stato definito un percorso di sviluppo del nascente Osservatorio Buone Pratiche che, partendo dalle 386 esperienze acquisite, prevede una serie di azioni volte a diffondere e a valorizzare dette esperienze, nonché a promuovere programmi di valutazione esterna lavorando in parallelo per accrescere ed aggiornare la base di conoscenza. Sono stati a tale proposito sperimentati strumenti innovativi di valorizzazione e diffusione delle Buone Pratiche finalizzati alla promozione del loro trasferimento.

L'Osservatorio Sinistri e Polizze ha realizzato le prime fasi di uno studio volto a delineare lo stato dell'arte dei sistemi di gestione dei sinistri esistenti a livello regionale e ad analizzarne le principali caratteristiche con l'obiettivo di supportare le Regioni che ancora non dispongono di tali sistemi, indirizzandole verso i modelli più adeguati rispetto alle loro condizioni di contesto, nonché a definire un ruolo condiviso per l'Osservatorio nazionale e per l'attività di monitoraggio ad esso attribuite.

Le suddette attività sono state presentate in occasione dei principali eventi sul tema e hanno consentito l'avvio di importanti collaborazioni con rappresentanti di autorevoli organizzazioni nazionali e internazionali.

Nel corso del secondo semestre 2008 l'Age.Na.S. ha portato a termine le attività intraprese nel semestre precedente compiendo importanti passi verso il raggiungimento degli obiettivi finali pianificati e perseguendo le sinergie tra attività programmate e nuove funzioni istituzionali.

⁶ A cura della sezione *Qualità e Accreditamento*

2.1 Progetto interregionale di miglioramento della sicurezza-Osservatorio buone pratiche

Nell'ambito del progetto interregionale di miglioramento della sicurezza, finalizzato ad individuare "quali buone pratiche siano state sviluppate in aree di interesse e quali siano concretamente trasferibili", al fine di favorire la conoscenza dei problemi, delle esperienze, delle soluzioni e di implementare e monitorare sul territorio nazionale le buone pratiche per la sicurezza del paziente, un notevole sforzo è stato profuso nell'elaborazione dei risultati della call for good practice lanciata a febbraio e chiusa ufficialmente il 30 giugno 2008.

La suddetta iniziativa ha infatti riscontrato una straordinaria adesione da parte delle Regioni e delle strutture sanitarie del territorio nazionale: 386 casi di buone pratiche per la sicurezza dei pazienti costituiscono l'attuale base di conoscenza dell'Osservatorio Buone Pratiche dell'Age.Na.S.

Hanno risposto alla call 108 strutture sanitarie, di cui 49 ASL (che rappresentano il 27% del totale delle ASL presenti sul territorio nazionale), 30 Aziende Ospedaliere (pari al 17% delle Aziende Ospedaliere italiane), 8 Ospedali a gestione diretta (1% del totale degli Ospedali a gestione diretta che insistono sul territorio nazionale), 10 Aziende Ospedaliere Universitarie – Policlinici (29% del totale) e 11 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (corrispondenti al 17% del totale degli IRCCS presenti in Italia).

Al fine di operare una efficace elaborazione delle informazioni inviate dalle strutture sanitarie in risposta alla call for good practice, è stata condotta una analisi della principale letteratura edita in materia che ha consentito la definizione delle fondamentali macrocategorie in cui sono state successivamente ripartite le 386 Buone Pratiche. Una ulteriore analisi è stata realizzata in merito alle esperienze di implementazione delle raccomandazioni emanate dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per la prevenzione degli eventi sentinella nonché degli specifici eventi avversi che gli interventi realizzati sul territorio nazionale ed inviati all'Age.Na.S. hanno mirato a prevenire e/o gestire.

È stata definita una griglia di valutazione delle buone pratiche (in formato excel) principalmente per superare il rischio di disomogeneità qualitativa delle esperienze segnalate dalle strutture sanitarie in vista della loro pubblicazione on-line. L'applicazione di tale griglia, con cui è stata sostanzialmente valutata l'adesione degli elaborati di buona pratica ai cinque criteri principali definiti nella call for good practice (esperienze pertinenti alla tematica "gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente", fondate su evidenze da letteratura, implementate a livello regionale, azien-

dale o di unità di produzione, valutabili e valutate, riproducibili) ha consentito la suddivisione delle 386 esperienze in tre categorie: Buone Pratiche (77 casi), Buone Pratiche Potenziali (143 casi), Iniziative (166 casi). Il criterio metodologico, tra quelli definiti nella call, a cui è stata posta maggiore attenzione, è stato quello della presenza e della valutazione dei risultati quale elemento indispensabile alla dimostrazione dell'efficacia degli interventi e prerequisito alla diffusione. L'approccio seguito è stato quello di non escludere nessuna esperienza ma di seguire la loro evoluzione nel tempo, con il passaggio da un gruppo all'altro sino alla loro conclusione ed al conseguente inserimento nel gruppo delle vere e proprie Buone Pratiche.

Sulla base dei summenzionati criteri definiti ed utilizzati per l'elaborazione dei dati è stata strutturata l'architettura di un data base informatico, la cui realizzazione è stata curata dalla Sezione Affari Generali e Personale dell'Age.Na.S., destinato alla gestione interna delle schede di buona pratica. A seguito del data entry, che ha consentito l'archiviazione in formato elettronico di alcune informazioni di sintesi relative alle Buone Pratiche è stata realizzata la pubblicazione "L'Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza dei pazienti. Call 2008", contenente i titoli e i contatti di tutte le esperienze inviate in risposta alla prima call scaricabile dal sito dell'Age.Na.S.

Tale pubblicazione, che è stata distribuita in occasione degli eventi di cui si dirà in seguito, ha riscontrato un notevole interesse da parte dei professionisti sanitari tanto che alcuni direttori sanitari hanno deciso di distribuirla ai risk manager aziendali e/o ai Referenti Dipartimentali dei Comitati Rischio Clinico.

L'Age.Na.S. è attualmente impegnata a rendere disponibile, entro i primi mesi del 2009, una sezione specifica del sito in cui utenti esterni potranno consultare le Buone Pratiche interrogando l'archivio elettronico in base a diversi criteri di ricerca, (es: buone pratiche per Regione, buone pratiche per Azienda, buone pratiche per tipologia e per evento, ecc.), e in cui sarà possibile effettuare anche una ricerca testuale per parole chiave nel titolo e nell'intera documentazione riferita a ciascuna Buona Pratica.

È opportuno evidenziare che i risultati conseguiti con la call 2008 hanno di fatto decretato la nascita dell'Osservatorio Buone Pratiche dell'Age.Na.s, a carattere permanente, che svolge attività di monitoraggio degli interventi attuati dalle strutture sanitarie del territorio nazionale a garanzia della sicurezza dei pazienti – funzione attribuita all'Age.Na.S. dall'Intesa Stato Regioni del 20 marzo 2008 - tramite il lancio di call for good practice periodiche.

I risultati della call 2008 ed il nascente Osservatorio Buone Pratiche sono stati presentati nell'ambito di un workshop dal titolo "Le Buone Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti. Strumenti per lo sviluppo delle organizzazioni e per la formazione continua dei professionisti" organizzato dall'Age.Na.S. presso la sala Auditorium del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali il giorno 8 ottobre 2008. L'evento, suddiviso in due sessioni, si è focalizzato dapprima sulla presentazione della prospettiva internazionale: la prof.ssa Sharon Kleefield, lecturer presso la Harvard Medical School, ha tenuto una lezione magistrale (simultaneamente tradotta) in cui ha esposto l'esperienza di Harvard nella gestione del rischio clinico, con un focus sui criteri che caratterizzano le "buone pratiche per la gestione del rischio clinico". A seguire, al fine di sottolineare il rilievo che il tema dell'applicazione della conoscenza scientifica alla pratica riveste anche a livello europeo e di presentare ai professionisti che hanno lavorato all'implementazione delle buone pratiche opportunità di finanziamento comunitario, il dr. Alfredo Cesario, Scientific Officer della Commissione Europea in qualità di esperto nazionale distaccato (Seconded National Expert) presso il DG Research, Directorate Health - Medical and Public Health Research Unit, ha presentato la terza call sul tema Health del Programma Cooperation lanciata il 3 settembre dalla Commissione Europea nell'ambito del Settimo Programma Quadro di Ricerca e Sviluppo. La seconda sessione del workshop ha visto la presentazione di 11 esperienze regionali (Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto) in tema di gestione del rischio e buone pratiche per la sicurezza dei pazienti. In particolare, la presentazione dell'esperienza di gestione del rischio clinico della Regione Valle d'Aosta, fondata sulla formazione sul campo, ha costituito lo spunto per una discussione in tema di "Buone Pratiche e Formazione" a cui hanno partecipato rappresentanti di FNOMCeO, IPASVI e il dott. Aldo Ancona, già direttore dell'Age.Na.S.

Al workshop hanno partecipato circa 130 persone tra professionisti che hanno contribuito ad alimentare il data base dell'Osservatorio tramite l'invio di schede di Buona Pratica, rappresentanti delle Regioni che hanno coordinato localmente l'iniziativa call for good practice, rappresentanti del mondo dell'Università e della Ricerca (IRCSS in primo luogo) interessati alle attività future dell'Osservatorio Buone Pratiche. Il workshop infatti ha rappresentato anche un importante momento di riflessione e di condivisione delle attività e degli sviluppi futuri dell'Osservatorio Buone Pratiche che non ha inteso configurarsi quale mero centro di raccolta dati ma ambisce sempre più a svolgere un ruolo attivo nell'ambito delle Buone Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti svolgendo attività di knowledge networking, individuazione di bisogni formativi, individuazione delle criticità, individuazione delle risorse culturali all'interno del network, condivisione degli strumenti e delle regole, supporto alla valorizzazione delle esperienze, facilitazione della diffusione e del trasferi-

mento. È stata a tale proposito predisposta e presentata dall'Age.Na.S. una roadmap delle fasi del processo di sviluppo dell'Osservatorio, sintetizzabili così come segue:

- Azioni per la diffusione: Apertura del data base all'accesso da parte di strutture, professionisti, utenti; Seminari di approfondimento itineranti e/o promossi da strutture locali; Formazione; Definizione di nuove funzionalità del database.
- Azioni per aumentare la base di conoscenza: Aggiornamento continuo del data base, tramite call annuale; Monitoraggio stato di avanzamento delle esperienze (buone pratiche) in corso e supporto allo sviluppo; Monitoraggio della diffusione/ trasferimento delle buone pratiche; Monitoraggio esperienze internazionali.
- Azioni per la valorizzazione delle esperienze: Favorire opportunità di presentazione e disseminazione delle buone pratiche nell'ambito di eventi organizzati a livello nazionale e internazionale sul rischio clinico; Collegamento a network/esperienze internazionali.
- Peer review: Diffondere la cultura della valutazione tra pari; Favorire e promuovere programmi e attività di valutazione esterna.

L'Age.Na.S. ha dato attuazione ad alcune delle suddette azioni organizzando, il giorno 7 ottobre, presso la sala Auditorium del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, un seminario di approfondimento dal titolo "Le Buone Pratiche per la sicurezza dei pazienti: apprendere dall'esperienza". L'evento ha rappresentato la prima sperimentazione di uno strumento che, fondato sul confronto tra pari, si è ritenuto potesse contribuire alla diffusione e al trasferimento delle Buone Pratiche per la sicurezza dei pazienti implementate con successo dalle strutture sanitarie del territorio nazionale e segnalate all'Osservatorio Buone Pratiche dell'Age.Na.S. Il rationale, infatti, che ha condotto l'Age.Na.S. ad organizzare il seminario di approfondimento è stato quello di sperimentare modalità di sviluppo e diffusione delle conoscenze attraverso lo scambio di esperienze tra pari, promuovere il cambiamento organizzativo e individuale così da favorire la riduzione del gap tra evidenza e prassi.

Il seminario, basato sull'approccio metodologico della presentazione dei "casi" da parte degli "attori" si è rivolto a professionisti coinvolti nelle attività di gestione del rischio clinico segnalati dalle Direzioni degli Assessorati alla Salute di ogni Regione. Hanno partecipato all'evento 25 professionisti di area sanitaria provenienti da 12 Regioni. L'evento ha rappresentato il primo passo verso la condivisione di alcuni strumenti metodologici per la diffusione delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti e l'avvio di una rete di conoscenza che consente di interconnettere persone

e istituzioni, offrendo "strumenti, luoghi, tempi e incoraggiamento per l'interagire di saperi. Esso ha inoltre consentito la sperimentazione di uno schema di rappresentazione delle Buone Pratiche, predisposto dall'Age.Na.S. per l'utilizzo delle esperienze dell'Osservatorio Buone Pratiche ai fini specifici della formazione. Lo schema infatti, costituito da 10 domande-guida (sei domande riferite agli aspetti metodologici e quattro alla trasferibilità e sostenibilità delle buone pratiche) è stato proposto ai relatori, e da questi accolto con favore, al fine di omogeneizzare le presentazioni e favorire il confronto delle esperienze.

2.1.1 Partecipazione ad eventi sul tema delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti

38



Firenze, 10 ottobre 2008

L'Age.Na.S. - con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, con la regione Toscana e l'Ospedale Niguarda di Milano - ha partecipato in qualità di relatore al Convegno "Modelli e strumenti per la sicurezza del malato nelle strutture sanitarie. Approccio multidisciplinare", organizzato da "Casa di Cura Villa delle Terme – Gruppo Se gesta", il 10 Ottobre 2008. In tale occasione è stata presentata l'Osservatorio Buone Pratiche, i risultati preliminari della call 2008, il data base e la roadmap per lo sviluppo dell'Osservatorio Buone Pratiche.

ISQUA 2008 – 19-22 ottobre 2008

L'Age.Na.S. ha partecipato alla 5a Conferenza Internazionale ISQUA (International Society for Quality in Health Care), che si è tenuta a Copenaghen nei giorni 19-22 ottobre 2008 presentando l'abstract sottomesso nel febbraio 2008 (From research to political action in clinical risk and patient safety: the Italian experience - allegato 4) nella forma di poster e di breve presentazione orale. Si è inteso rappresentare sinteticamente il processo bottom-up che dai risultati scaturiti dalla ricerca "La promozione dell'innovazione e la gestione del rischio" ha condotto alla definizione del modello di governance nazionale per la gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e, sulla base della funzione di monitoraggio delle buone pratiche da questa attribuita all'Age.Na.S., alle attività dell'Osservatorio Buone Pratiche.

Arezzo, 25-28 novembre 2008

L'Age.Na.S. ha dato attuazione ad alcune delle attività definite nel percorso di sviluppo dell'Osservatorio Buone Pratiche in occasione della collaborazione all'organizzazione e della partecipazione al Comitato Scientifico del Forum "Risk Management in Sanità 2008" che si è tenuto ad Arezzo nei giorni 25-26-27-28 Novembre 2008.

In tale circostanza è stato replicato, il giorno 25 ottobre, il seminario di approfondimento già realizzato a Roma nel mese di ottobre, nella forma di un vero e proprio corso di formazione organizzato in collaborazione con Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, IPASVI e FNOMCeO. L'evento, orientato ad un approccio didattico attivo, ha inteso promuovere la diffusione e il trasferimento delle Buone Pratiche tramite la presentazione, da parte degli autori e sulla base dello schema di presentazione delle buone pratiche già sperimentato dall'Age.Na.S. per fini formativi, di sei esperienze segnalate all'Osservatorio in risposta alla call 2008 e selezionate in base alle loro potenzialità formative. Il corso ha registrato la partecipazione di più di 100 professionisti, a riprova dell'interesse per la tematica, l'approccio metodologico e gli strumenti utilizzati.

Al fine di valorizzare le esperienze segnalate all'Osservatorio, l'Age.Na.S. ha collaborato con il Gruppo Tecnico Rischio Clinico della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome, all'organizzazione di due sessioni dal titolo "Esperienze e Buone Pratiche per la sicurezza dei pazienti" tenutesi nei giorni 26 e 28 Novembre. In tale occasione sono state selezionate e presentate 25 esperienze facenti parte della base di conoscenza dell'Osservatorio Buone Pratiche dell'Age.Na.S., rappresentative della quasi totalità delle Regioni. Ai relatori è stato proposto lo schema di rappresentazione delle Buone Pratiche realizzato ai fini specifici della formazione in forma semplificata (in considerazione anche della durata assegnata ad ogni intervento) che prevedeva l'evidenziazione del core aspect dell'esperienza, dei punti di forza, dei punti di debolezza e dei fattori di contesto. Le esperienze e le modalità di presentazione sono risultate di notevole interesse per gli intervenuti alle sessioni.

2.2 Programma triennale di benchmarking sulle buone pratiche

Le attività realizzate nell'esercizio della funzione di monitoraggio delle buone pratiche, dettagliatamente descritte nei paragrafi precedenti, si inseriscono sinergicamente anche con quanto pianificato per l'anno 2008 in merito al programma di benchmarking sulle buone pratiche. Il modello progettato e implementato per l'individuazione e la diffusione delle buone pratiche rappresenta infatti lo strumento operativo per l'individuazione e per una prima autovalutazione degli interventi attuati al fine di accrescere la sicurezza delle cure, principalmente per quel che attiene i risultati conseguiti e il rapporto costi-benefici delle esperienze realizzate. La call for good practice 2009, il cui bando è in corso di definizione, vedrà ulteriormente rafforzata la fase di autovalutazione e porrà concrete basi per attuare lo step successivo di valutazione esterna delle esperienze inviate all'Osservatorio Buone Pratiche.

2.3 Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze

L'Age.Na.S. ha avviato le attività dell'Osservatorio Sinistri e Polizze nel maggio 2008, intraprendendo uno studio, preliminare all'introduzione della funzione di monitoraggio, volto a delineare lo stato dell'arte - nazionale e internazionale - dei sistemi di raccolta e gestione delle informazioni relative ai sinistri, con l'obiettivo di fornire utili indicazioni alle Regioni che ancora non dispongono di tali sistemi, indirizzandole verso i modelli più adeguati rispetto alle loro condizioni di contesto. e di individuare il ruolo e le caratteristiche di eventuali Osservatori sinistri esistenti in altri Paesi così da definire, a partire da quanto già realizzato sia dalle Regioni italiane che da altri Paesi, gli indicatori più adeguati per effettuare un monitoraggio a livello inter-regionale.

Il rationale di tale attività, in analogia con quanto già realizzato con l'Osservatorio Buone Pratiche, trae fondamento dalla mission strategica dell'Age.Na.S. per quel che attiene la promozione e la facilitazione dell'individuazione, della diffusione e del trasferimento delle buone pratiche (nelle attività di rilevazione e gestione dei sinistri nel caso specifico).

È opportuno precisare che la sezione dell'Osservatorio relativa alle polizze assicurative verrà attivata in una fase successiva in quanto la sua architettura costituisce l'oggetto specifico del progetto SIMPAS (Sistema Informativo Polizze Assicurative in Sanità) – progetto di collaborazione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali coordinato dal Prof. Raggetti dell'Università Politecnica delle Marche. L'Age.Na.S. ha partecipato, nel corso del semestre di riferimento alle prime due riunioni del progetto SIMPAS offrendo spunti e sinergie sia con le attività dell'Osservatorio Sinistri che dell'Osservatorio Buone Pratiche

Pertanto nel periodo maggio- settembre 2008 l'Age.Na.S. ha focalizzato le sue attività nell'aggiornamento della situazione nazionale in tema di sistemi di gestione informatizzata dei sinistri tracciata dal rapporto conclusivo del progetto di ricerca finalizzata 2004 "La promozione dell'innovazione e la gestione del rischio" e dal rapporto sulla 1a rilevazione nazionale relativa agli "Aspetti assicurativi in ambito di gestione aziendale del rischio clinico" elaborato dal Ministero della Salute nel settembre 2006. Al fine di identificare le Regioni che dispongono di un sistema di gestione sinistri e polizze, verificarne lo stato di implementazione e alcune caratteristiche di base, è stato somministrato ai referenti regionali un questionario con articolazione semplice e semi strutturato (risposte multiple e risposte aperte).

Quindici Regioni hanno risposto, al 31 Dicembre 2008, alla rilevazione (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, PA Trento, Sardegna, Abruzzo, Puglia, Veneto, Lazio, Piemonte, Liguria, Campania, Marche, Basilicata); di queste:

- 4 (Lombardia, PA Trento, Toscana, Lazio) hanno dichiarato di disporre di un sistema gestione sinistri e polizze operante a regime
- 2 (Emilia Romagna, Puglia) hanno dichiarato di disporre di un sistema gestione sinistri e polizze in fase sperimentale (N.B. pur avendo introdotto la Regione Emilia Romagna tale sistema nel 2002 lo definisce sperimentale poiché è prevista adesione volontaria)
- 9 (Veneto, Umbria, Sardegna, Abruzzo, Piemonte, Liguria, Campania, Marche, Basilicata) hanno dichiarato di non disporre di un sistema di gestione sinistri e polizze a livello regionale (per alcune Regioni esistono sistemi operanti a livello aziendale o, come nel caso della Liguria, dell'Abruzzo e del Veneto sono in corso di acquisizione sistemi di altre Regioni; in Piemonte è in corso di attivazione un sistema regionale la cui gestione è affidata all'AOU San Giovanni Battista).

Lo studio si è poi focalizzato sull'analisi delle caratteristiche principali dei modelli di gestione sinistri e polizze operanti a livello regionale (sulla base dei risultati della fase precedente), anche con l'obiettivo di fornire alle Regioni che non dispongono di tali sistemi polizze una analisi dei sistemi sviluppati da altre Regioni e della disponibilità di quest'ultime a trasferirli e di definire un ruolo condiviso per l'Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze. Tale indagine, condotta tramite interviste telefoniche somministrate ai referenti regionali dei sistemi di gestione sinistri sulla base di una traccia elaborata dall'Age.Na.S. e validata da un esperto del settore mira ad analizzare i sistemi regionali con particolare riferimento a:

- eventuali modelli internazionali di riferimento
- punti di forza e di criticità
- indicatori e/o informazioni di maggior rilievo per le decisioni in materia di sicurezza del paziente e gestione rapporti/contratti assicurativi;
- eventuali problematiche di incompatibilità/difficoltà di trasferimento dati con il SIMES
- eventuale disponibilità al trasferimento (ossia a rendere il sistema fruibile ad altre Regioni e a quali condizioni)

L'intervista è stata ad oggi somministrata ai referenti delle Regioni Toscana, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia e Provincia Autonoma di Trento e agli stessi inviata in formato elettronico per la validazione finale. Interessanti informazioni circa i modelli di riferimento, i costi di sviluppo e di gestione, gli indicatori, la possibilità e le condizioni di trasferimento sono state finora acquisite insieme ad utili pareri in merito al ruolo, alle attività e agli obiettivi del nascente Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze. Tali risultati verranno sintetizzati in un report in corso di predisposizione e condivisione con in soggetti che hanno partecipato all'indagine e con il Gruppo Tecnico Rischio Clinico della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome.

2.3.1 Partecipazione ad eventi sul tema dei sinistri e delle polizze assicurative

Arezzo, 28 novembre 2008

L'esperienza dell'Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze è stata presentata nell'ambito di uno special focus sul tema "Esperienze di monitoraggio e analisi di sinistri e polizze", alla cui organizzazione ha partecipato la stessa Age.Na.s, che si è tenuto ad Arezzo il giorno 28 Novembre 2008 nel corso del Forum Risk Management in Sanità. L'obiettivo della suddetta sessione era quello di fornire uno stato dell'arte sulle iniziative regionali e sui progetti di ricerca nazionali attivati sul tema del monitoraggio dei sinistri e delle polizze assicurative e di discuterne nell'ambito di una tavola rotonda che ha visto coinvolti rappresentanti del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, dell'Age.Na.s, delle Regioni, dell'università, delle compagnie assicuratrici e di brokeraggio.

In tale occasione l'Age.Na.S. ha partecipato al coordinamento della sessione e ha presentato i risultati preliminari dell'indagine descritta al paragrafo precedente.

2.4 Accordi di collaborazione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Nel corso del secondo semestre 2008 l'Age.Na.S. ha finalizzato le due proposte progettuali relative agli accordi di collaborazione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali i cui allegati tecnici erano stati predisposti nel semestre precedente.

In particolare l'iter relativo al progetto "Monitoraggio della implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni sulla prevenzione degli eventi sentinella" si è positivamente concluso con la stipula della relativa convenzione da parte dell'Age.Na.S. e del Ministero. L'avvio delle attività

progettuali, finalizzate a progettare e sperimentare un modello per il monitoraggio dello stato di attuazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella, emanate dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali è previsto per gennaio 2009.

Con riferimento al progetto "Individuazione delle pratiche migliori rivolte al miglioramento della sicurezza delle cure", l'Age.Na.S. ha revisionato ulteriormente l'allegato tecnico e ha partecipato alla predisposizione della relativa convenzione che verrà stipulata nei primi mesi del 2009.

2.5 Partecipazione al Programma Strategico per la ricerca sanitaria 2007: attività di ricerca finalizzata

L'Age.Na.S. ha finalizzato la sua partecipazione, in qualità di Unità Operativa, al progetto "Epidemiological study of adverse events in SSN Italian hospital", coordinato dalla Regione Toscana e facente parte del Programma Strategico "Approcci di 'sistema' per la gestione del rischio". Tale progetto, sottoposto nel periodo di riferimento alla seconda revisione da parte di referee nazionali e internazionali, è stato ufficialmente approvato nel dicembre 2008. L'Age.Na.S. ha partecipato alla prima – informale – riunione tra il coordinatore e i partner tenutasi a Firenze il 1 Dicembre 2008, che ha rappresentato un momento di condivisione dei metodi e dei tempi con cui realizzare le attività progettuali. La stipula della convenzione e l'avvio formale delle attività sono previsti per aprile 2009.

43



2.6 Collaborazione con il Tribunale dei diritti del malato nell'elaborazione della Carta della Qualità in Chirurgia

L'Age.Na.S. ha collaborato con il Tribunale dei diritti del malato nella fase di implementazione della Carta della qualità in chirurgia, sulla base di una specifica e formale richiesta, partecipando ad un Tavolo Tecnico specificamente costituito per valorizzare lo strumento predisposto e definirne le possibilità di sviluppo.

In particolare l'Age.Na.S. ha offerto il proprio contributo in termini di proposte di utilizzo della Carta della qualità e delle check list ad essa collegate quale strumento di autovalutazione a cui far seguire eventuali azioni correttive e quindi una fase di valutazione esterna

2.7 Partecipazione al Gruppo Tecnico Rischio Clinico e Sicurezza del paziente

L'Age.Na.S. ha preso parte alle riunioni del Gruppo Tecnico Rischio Clinico della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome che hanno luogo presso la sede dell'Age.Na.S. stessa con cadenza mensile.

L'Age.Na.S. ha partecipato ai lavori del Gruppo Tecnico ed ha con questo condiviso le attività degli Osservatori Buone Pratiche e Sinistri e Polizze -realizzate e programmate. In particolare nel periodo di riferimento l'Age.Na.S. ha contribuito alla fase di finalizzazione e condivisione del decreto ministeriale che porterà ad attuazione la parte specifica dell'Intesa Stato Regioni e P.A. del 20 marzo 2008 inerente il SIMES e l'Osservatorio Sinistri.

44



2.8 Attività di collaborazione internazionale

L'Age.Na.S. ha rafforzato la collaborazione con la Harvard Medical School e in particolare con la prof.ssa Sharon Kleefield - lecturer presso l'università statunitense e già Direttore della Qualità dell'Assistenza alla Harvard Medical International, che ha fornito piena disponibilità a collaborazioni future e strutturate con l'Age.Na.S.

L'Age.Na.S. ha altresì attivato contatti con la Commissione Europea nella persona del dr. Alfredo Cesario, funzionario (scientific officer) della Direzione Ricerca – Sezione Salute, nonché delegato nazionale distaccato, che si è offerto di supportare l'Age.Na.S. nella predisposizione di proposte progettuali da sottomettere ai bandi pubblicati dalla Commissione Europea nell'ambito del Settimo Programma Quadro di Ricerca e Sviluppo Tecnologico.

L'Age.Na.S. ha inoltre partecipato alla predisposizione del progetto di ricerca "Day Surgery Data Project", coordinato dall'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto, che è stato sottomesso al "Second programme of community action in the field of health" ed è stato ammesso al finanziamento da parte della Commissione Europea. Nell'ambito di tale progetto, il cui avvio è previsto nel gennaio 2009, l'Age.Na.S., che partecipa in qualità di associated partner, risulta responsabile del Work Package finalizzato a definire un set minimo di indicatori di day surgery che possa consentire l'integrazione dei dati e delle informazioni a livello europeo.

Infine l'Age.Na.S. ha collaborato alla stesura della proposta progettuale "Promoting quality of hospital care through Day Surgery diffusion" sottomesso alla terza call Health del Settimo

Programma Quadro di Ricerca e Sviluppo Tecnologico della Commissione Europea. Il progetto, che trovasi attualmente in fase di valutazione e a cui l'Age.Na.S. partecipa in qualità di coordinatore tecnico – scientifico del consorzio costituito da 13 partners europei, si propone di analizzare i modelli di organizzazione dei servizi di day surgery al fine di promuoverne il miglioramento e la diffusione.

Documenti consultabili on-line

L'Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza dei pazienti. Call 2008

http://www.agenas.it/agenas_pdf/Buone%20pratiche_rev2_completo.pdf

3. Un nuovo ospedale per un nuovo territorio

In risposta agli indirizzi della Conferenza Unificata, nel corso del 2° semestre 2008, l'attività dell'Agenzia in materia di organizzazione dei servizi sanitari è stata orientata all'approfondimento dei programmi di seguito descritti nel dettaglio:

- programmazione delle reti ospedaliere e degli strumenti e dei modelli utili ad una sua riorganizzazione;
- predisposizione di un "Piano nazionale per la medicina di laboratorio".

La complessità dei temi è stata affrontata attraverso relazioni collaborative che hanno consentito di integrare l'approccio giuridico-normativo⁷ all'organizzazione dei servizi sanitari, con l'approccio epidemiologico- organizzativo⁸.

Riguardo all'approccio epidemiologico la tematica principale su cui si è maggiormente lavorato è stata la programmazione delle reti ospedaliere e gli strumenti e i modelli utili ad una loro riorganizzazione e fa riferimento al punto 4.6 del programma di attività dell'agenzia.

Riguardo all'approccio giuridico normativo si è proceduto a una ricognizione della normativa nazionale in tema di rete ospedaliera ed organizzazione della stessa, nonché ad un'analisi della letteratura grigia e scientifica delle esperienze e degli orientamenti internazionali sul tema. Inoltre è stata avviata una ricerca della letteratura internazionale in materia di cure primarie e di modelli di presa in carico del paziente dimesso (c.d. Discharge Management) e l'analisi normativa regionale sull'organizzazione e le modalità di funzionamento delle Aree Vaste.

3.1 Strumenti e modelli per la programmazione delle reti ospedaliere

La programmazione sanitaria nazionale e regionale indica la priorità della riorganizzazione della rete ospedaliera già da tempo (con parametri di posti letto indicati già dalla legge 595 del 1985), ma in questa fase si sta ripensando alla funzione dell'ospedale rispetto ad un bisogno sanitario della popolazione che sta mutando rapidamente.

Si mira ad individuare, da un lato, un modello di ospedale fortemente specialistico e tecnologico, organizzato per la patologia acuta; dall'altro un ospedale che operi in stretto collegamento con il territorio, per garantire, quando necessario, percorsi di continuità assistenziale integrati, tramite una rete di servizi territoriali articolati secondo le necessità e l'intensità di cura.

⁷ A cura della sezione *Organizzazione dei Servizi Sanitari*.

⁸ Gruppo epidemiologico Age.Na s

Malgrado queste indicazioni, si osserva un panorama notevolmente diversificato nel Paese, con regioni che già da tempo hanno riorganizzato la rete ospedaliera e regioni che debbono ancora attuarla. Risulta pertanto necessario sviluppare strumenti e modelli condivisi per il corretto dimensionamento delle reti ospedaliere, allo scopo di dare supporto ai decisori regionali e costituire una base condivisa per il confronto tra le regioni.

Il progetto che fa parte dei progetti di ricerca corrente dell’Agenzia per l’anno 2007 è stato approvato dal Ministero della Salute nel secondo trimestre 2008.

Il progetto parte dalla condivisa necessità che in ogni processo di innovazione organizzativa e dei percorsi di cura si miri essenzialmente a consolidare o migliorare tre requisiti o valori di Sistema che, sia pure non esaustivi, possono costituire i presupposti anche del nostro lavoro:

- sicurezza e qualità delle cure;
- equità dell’accesso alle cure;
- sostenibilità economica delle scelte: appropriatezza, etica nell’uso delle risorse.

Sono state identificate le principali aree tematiche del progetto come segue.

3.1.1 Definizione di servizi sanitari in rete

La definizione della rete si colloca in un quadro di razionalizzazione dell’ erogazione delle prestazioni, per eliminare le duplicazione e la frammentazione (economia di scala).

- Definizione di Rete: la rete integrata e la rete ospedaliera;
- I presupposti normativi: normativa nazionale, normativa regionale;
- Quali forme di rete:
 - la rete strutturale che risponde all’esigenza di garantire la copertura del territorio attraverso l’autosufficienza per l’attività di emergenza-urgenza, per le specialità di base e per l’alta specialità;
 - la rete funzionale che risponde all’esigenza di garantire l’accesso ai servizi più complessi e la qualità dei servizi medesimi (bisogno e garanzia dei livelli omogenei di assistenza).

La progettazione della rete, e la sua eventuale riorganizzazione, dovrebbe prender le mosse dalle riflessioni sul bisogno, definito in termini di bacino di utenza

3.1.2 I bacini di utenza - Dimensioni della rete

Il presupposto è quello di definire le dimensioni della rete a partire dal bisogno, individuando i tre punti chiave: emergenza-urgenza; specialità di base e alta specialità. Pertanto è necessario definire il bacino d'utenza.

Come si definisce un bacino d'utenza?

- revisione della letteratura;
- quali metodologie per la definizione: metodi e strumenti;
- riflessione (evidence based) sulle opportunità di centralizzazione o, viceversa, di localizzazione dei servizi.

3.1.3 L'organizzazione degli ospedali e delle reti ospedaliere.

Una foto dell'esistente è rappresentata da:

- Dati nazionali sugli ospedali (Numero e Tipologia degli ospedali chiusi): il trend degli ultimi 30 anni;
- Riduzione dei posti letto e chiusura degli ospedali.

In quali regioni?

- Quali modalità adottate per la chiusura?
- Quanti e quali ospedali?
- Quanti posti letto?
- Perché quelle specifiche chiusure?

3.2 Reti integrate fra ospedale e territorio

3.2.1 Definizione

La rete può essere definita come un insieme di nodi legati fra loro da relazioni e connessioni continue. Il presupposto della costruzione della rete clinica integrata è la condivisione di percorsi assistenziali, con l'obiettivo di fornire prestazioni di alta qualità e clinicamente appropriate ed efficaci.

Nello specifico, se definiamo "percorso clinico" la sequenza di trattamenti medici da fornire in presenza di specifiche patologie, possiamo definire "percorso assistenziale" un percorso clinico inserito nell'insieme di relazioni organizzative che garantiscano al paziente la continuità assistenziale.

La specificità delle reti può riguardare: la funzione (ad es. emergenza), la patologia (ad es. cardiovascolare, ictus), la specialità (ad es. traumatologia, oncologia)

Nel definire la rete clinica integrata è dunque necessario concettualizzare:

- articolazione/Istituzionalizzazione;
- protocollo specifico, ossia percorso assistenziale.

Inoltre, si deve approfondire l'interazione tra territorio ed ospedale e l'integrazione a livello ospedaliero.

3.2.2 Messa in comune di servizi di logistica/supporto

In questo ambito, ci si è interrogati su quali siano i servizi di supporto necessari per il funzionamento della rete oltre che sulle modalità organizzative funzionali all'efficacia ed efficienza della rete.

I servizi ai quali si deve prestare maggiore attenzione sono i seguenti:

- sistema informativo;
- telemedicina;
- servizi logistici comuni;
- coordinamento.

3.2.3 Modelli di erogazione e programmazione dei servizi

La definizione di ospedale largamente condivisa è quella che lo intende quale luogo nel quale si prestino cure intensive delle patologie in fase acuta a più elevata complessità.

3.2.4 Modelli operativi

I principali modelli organizzativi emersi nel panorama attuale sono:

- Ospedale specialistico: l'ospedale eroga solo le prestazioni che i medici di medicina generale e gli specialisti che operano in comunità non sono in grado di erogare. La maggiore criticità in questo modello è la difficoltà di garantire la stessa qualità in tutte le strutture.
- Ospedale integrato: si tratta di un ospedale integrato nella rete sanitaria di un definito bacino d'utenza. In questo secondo caso, in realtà, il rischio potrebbe essere quello di scivolare nella direzione di un Ospedale diffuso, che si assume le funzioni del territorio, ma senza la capacità di una presa in carico nel tempo e a costi contenuti.

3.3 Evoluzione dell'Ospedale

La tendenza è verso una struttura dove l'attività di degenza non sarà l'unica attività, ma verrà affiancata da altre attività. Gli elementi di novità sono:

- ospedale ad alta tecnologia;
- superamento della organizzazione per posti letto per discipline;
- riduzione area di degenza e aumento area ambulatoriale.

L'ospedale del futuro si configura come l'ospedale per intensità di cura.

3.4 Gli attori della rete. Il ruolo dei professionisti.

Dal punto di vista generale, un primo aspetto riguarda la necessità di porre attenzione sulla questione delle relazioni tra professionisti, anche in termini di cessione di sovranità.

Quanto alle specificità del ruolo del personale infermieristico, le considerazioni riguardano:

- cambiamenti del fabbisogno formativo in relazione alla riorganizzazione delle reti;
- cambiamenti nelle specificità del ruolo professionale:
 - gestione delle relazioni intra - équipe; la figura del care-manager;
 - relazione col paziente;
 - variazione del carico di lavoro;
 - definizione e riconoscimento delle responsabilità professionali;
 - percezione della efficacia e soddisfazione lavorativa;
 - motivazione e impegno/coinvolgimento rispetto all'organizzazione.

Struttura organizzativa di progetto

Alla luce delle aree di approfondimento evidenziate si è definita la seguente struttura organizzativa di progetto.

1. Unità di coordinamento Age.Na.S

Ad Age.Na.S - Gruppo di lavoro sono state affidate le seguenti attività: dai punti 1.1 - 1.4 sono state completate; dai punti 1.5 - 1.8 sono in fase di elaborazione.

- 1.1 Fasi preliminari del progetto (revisione della letteratura, definizione dell'idea guida del progetto, definizione degli obiettivi, pianificazione delle attività): tale attività si è conclusa con l'incontro del 17 novembre 2008, in cui sono stati approvati i documenti elaborati dal gruppo Age.Na.S e integrati da tutti i partecipanti al progetto.
- 1.2 Preparazione di un Glossario sulle Reti ospedaliere per permettere un linguaggio comune: è stata fatta una prima stesura che ora verrà messa in rete per accogliere i contributi di tutte le unità di ricerca del progetto.
- 1.3 Revisione delle esperienze internazionali e nazionali: a livello internazionale sono stati individuati due differenti gruppi; il primo che fa riferimento al modello statunitense,

il cui obiettivo principale della messa in rete dei servizi è creare sinergie logistiche e quindi economiche; il secondo, che fa riferimento al modello europeo/anglosassone e si pone l'obiettivo di mettere in rete i servizi per garantire l'accesso alle nuove tecnologie e la qualità e sicurezza delle stesse.

- 1.4 Revisione della normativa: in collaborazione con la sezione della dottoressa Bellentani si è fatto un excursus storico con particolare focus sugli ultimi trent'anni.
- 1.5 Studio del trend degli ospedali presenti in Italia e dei posti letto ospedalieri negli ultimi trent'anni: questa analisi dà un quadro riassuntivo della storia italiana del servizio ospedaliero e di come si è evoluto
- 1.6 Identificazione di strumenti di monitoraggio alla rete: gli indicatori di uso corrente, quali posti letto per abitanti e il tasso di ospedalizzazione, appaiono insufficienti ad dare un quadro informativo utile per misurare l'attività ospedaliera sempre più differenziata e complessa. Si stanno individuando misure alternative che tengano conto di tutte le attività dell'ospedale sempre più spostate verso forme alternative al ricovero e con livelli di tecnologia differenziata.
- 1.7 I sistemi informativi integrati sono la condizione necessaria per mettere in rete i servizi e quindi garantire la continuità assistenziale. Al di là dei modelli teorici o sperimentati in altri paesi si vuole individuare esempi di sistemi informativi regionali che diano realmente supporto alla messa in rete degli ospedali.
- 1.8 Elaborare una proposta di classificazione degli ospedali, tenendo conto dei modelli regionali esistenti. L'offerta ospedaliera si caratterizza per le dimensioni e la tipologia di attività prodotta; i posti letto e le discipline presenti sono parametri che fanno riferimento ad uno ospedale storicamente superato in cui l'attività principe era quella di assistenza tramite il ricovero e quindi la durata di degenza e l'indice di occupazione erano le misure utilizzate. Si tratta di trovare misure alternative che identificano l'ospedale attraverso la misura dell'offerta prodotta piuttosto che la misura delle dimensioni della struttura. In una prima fase si individuano indicatori che misurano i ricoveri prodotti tenendo conto della complessità, in prospettiva si deve individuare indicatori che misurino l'attività ospedaliera nel suo complesso.

2. Gruppi di lavoro

I gruppi sono stati costituiti con le regioni partecipanti al progetto: Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Marche, Toscana e Lazio.

Di seguito sono riportate le attività dei gruppi di ricerca già in fase di attuazione, che scaturiscono da un intenso scambio di idee ed elaborazioni tra tutti i partecipanti al progetto con il supporto dell'Agenzia.

a. Gruppo di lavoro "Bacini d'utenza – Rete specialistica"

Si intende far riferimento alle reti già presenti nelle regioni, laddove sono state definite a partire da una concezione funzionale della rete che, però, non perda di vista l'esigenza di approfondire la natura e l'organizzazione delle relazioni dei nodi (rete strutturale) che della rete sono fondanti.

L'interrogativo a proposito della definizione del bacino di utenza viene esplicitato nel modo seguente:

- quali sono stati i metodi di definizione del bacino di utenza?
- quali sono stati gli strumenti utilizzati per calcolare il bacino?
- qual è il ruolo della *clinical governance*?

La misurazione del bacino di utenza dovrà rispondere ai requisiti di sostenibilità, accessibilità e qualità dei servizi, individuando gli elementi oggettivi che orientano verso la centralizzazione o verso la localizzazione.

b. Gruppo di lavoro "Riorganizzazione degli ospedali e delle reti ospedaliere"

Si vuole affrontare la questione della chiusura dei piccoli ospedali, anche e soprattutto a partire dall'esperienza pregressa di alcune regioni.

L'unità di ricerca ha l'obiettivo di rispondere a domande relative alle ragioni su cui si è fondata la chiusura di specifici ospedali e sulle modalità attraverso le quali tale chiusura è stata gestita, nonché sulla riconversione e sull'attuale ruolo dei piccoli ospedali.

c. Gruppo di lavoro "Modelli di programmazione ed erogazione dei servizi. Superamento dei posti letto per disciplina"

L'unità di ricerca riguarderebbe le questioni della multidisciplinarietà, dell'ospedale per intensità di cura, dell'integrazione intra ospedaliera e del rapporto tra Ospedale ed Università: ricerca, didattica e assistenza.

d. Gruppo di lavoro "Reti integrate fra ospedale e territorio"

A partire da una definizione di rete quale insieme di nodi legati fra loro da relazioni e connessioni continuative, il presupposto della costruzione della rete clinica integrata è la condivisione di percorsi assistenziali, con l'obiettivo di fornire prestazioni di qualità e clinicamente appropriate ed efficaci.

All'interno di questa tema si pone il discorso sulle cure intermedie e quello sul ruolo del personale infermieristico, analizzati nell'ottica della continuità assistenziale e di comunicazione intergrata.

Quanto al ruolo del personale infermieristico, si pone l'attenzione su alcuni aspetti ritenuti essenziali del percorso assistenziale. Per citarne alcuni: i cambiamenti del fabbisogno infermieristico in relazione alla riorganizzazione delle reti e i cambiamenti nelle specificità del ruolo professionale.

e. Gruppo di lavoro "Policy di supporto alla rete ospedaliera ed alle reti integrate"

Il gruppo di lavoro si focalizza sulle questioni relative a:

- politiche economiche e tariffarie adottate in supporto agli interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera;
- politiche del personale adottate e loro capacità di agevolare o meno i cambiamenti;
- politiche organizzative che tengono conto dei costi organizzativi della messa in rete.

In generale, la finalità di questo gruppo di lavoro è quella di ragionare sui livelli di fattibilità di un progetto di riorganizzazione della rete ospedaliera, con particolare attenzione per le seguenti questioni:

- come realizzare l'analisi di contesto;
- definire gli elementi che possano facilitare la riorganizzazione e quelli che, al contrario, possano ostacolarla;
- porre l'attenzione sulle variabili latenti: fattori che, benché non esplicitati, condizionano la direzione del cambiamento;
- proporre differenti scenari possibili.

56



A questo gruppo di lavoro è stata affidata la preparazione del protocollo per la realizzazione dei Case Study.

Al contributo derivante dai gruppi di lavoro, si accompagna una ricerca sul campo che riguarda le realtà più significative ed interessanti dal punto di vista della efficacia e dell'efficienza delle reti progettate e/o riorganizzate attraverso analisi quantitativi e qualitative (case study).

Si prevedono, sia la riflessione sulle Policy, intese come interventi di promozione del cambiamento, ossia fattori di successo che permettono di realizzare un cambiamento necessario ed efficace, che la riflessione su nuovi ruoli emergenti, bisogni formativi e responsabilità professionale.

Sempre nell'ambito degli approfondimenti sull'assistenza ospedaliera, è stata fornita la collaborazione al tavolo tecnico del Coordinamento della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e si sono elaborate alcune ipotesi per l'analisi del consumo e dell'offerta ospedaliera. (allegati 17 e 18)

3.5 Monitoraggio ed eventuale produzione di modelli funzionali relativi all'organizzazione dell'offerta ospedaliera e dei servizi distrettuali di cure primarie⁹

Quest'attività progettuale rientra tra quelle assegnate dalla "Convenzione per le attività di supporto operativo e gestionale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, al Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria" (SIVeAs) stipulata tra il Ministero della Salute e l'AGENAS.

⁹ A cura della sezione *Organizzazione dei Servizi Sanitari*.

In particolare, rientra nel monitoraggio ed eventuale produzione di modelli funzionali relativi all'organizzazione dell'offerta ospedaliera e dei servizi distrettuali di cure primarie (art.3 lett. f). Dopo aver realizzato una ricognizione della normativa nazionale in tema di rete ospedaliera ed organizzazione della stessa, nonché un'analisi della letteratura grigia e scientifica delle esperienze e degli orientamenti internazionali sul tema, si è proseguito con:

- l'analisi della letteratura internazionale e nazionale sulle reti ed ha elaborato un primo draft sul tema;
- la stesura di una bozza del glossario, in collaborazione con il gruppo di lavoro epidemiologico, funzionale allo sviluppo del progetto sulla riorganizzazione della rete ospedaliera da condividere ed aggiornare con le diverse unità di ricerca;
- analisi normativa dei modelli regionali di rete.

Il filone di ricerca del monitoraggio e produzione di modelli funzionali relativi all'organizzazione dell'offerta dei servizi distrettuali, sviluppato in un'ottica di integrazione delle funzioni/relazioni ospedale territorio, prosegue con la ricerca della letteratura internazionale in materia di cure primarie e di modelli di presa in carico del paziente dimesso (c.d. Discharge Management) e l'analisi normativa regionale sull'organizzazione e le modalità di funzionamento delle Aree Vaste.

4. L'integrazione irrinunciabile

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

In risposta all'indirizzo della Conferenza Unificata in oggetto, nel corso del 2° semestre 2008, l'attività dell'Agenzia in materia di organizzazione dei servizi sanitari è stata orientata all'approfondimento dei programmi di seguito descritti nel dettaglio:

- Promozione dell'integrazione sociosanitaria;
- Sviluppi del Punto Unico di accesso alla rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali;
- Assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti;
- Monitoraggio e valutazione di modelli innovativi di assistenza primaria;
- Sperimentazione di una serie di indicatori per la misura della continuità assistenziale;
- Bisogni di salute degli immigrati e la capacità di risposta da parte del SSN.

4.1 Proposte operative per garantire l'integrazione sociosanitaria¹⁰

Nell'anno 2008 sono state sviluppate alcune indicazioni sull'integrazione sociosanitaria nell'ambito di un apposito Gruppo di lavoro. Durante il secondo semestre del 2008 è stata approfondita in particolare, la tematica dei Fondi per la non autosufficienza (di cui si effettua una ricognizione costante della normativa nazionale e regionale) al fine di individuare proposte per lo sviluppo di interventi sul tema fragilità e dell'integrazione sociosanitaria. Inoltre, è stata avviata un'attività di collaborazione con le Regioni sulla valutazione multidimensionale ed il percorso di cura.

Inoltre, sempre nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, si sta seguendo il Progetto sui percorsi assistenziali nell'area delle "Demenze", avviato nel 2006 in collaborazione con l'ISS e Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. In seguito al workshop tenutosi il 25.09.2008 all'ISS è stata avviata una ricognizione delle Unità di Valutazione Alzheimer in cooperazione con alcuni referenti regionali per individuare criticità e proposte. Il progetto proseguirà nell'anno 2009 e si prefigge l'obiettivo di elaborare una proposta per lo sviluppo dei percorsi assistenziali nell'area delle Demenze, con Ministero, l'ISS ed alcune Regioni.

¹⁰ A cura della sezione *Organizzazione dei Servizi Sanitari*.

È stata svolta attività di supporto in materia di integrazione socio-sanitaria alle Regioni Basilicata, Abruzzo, Molise per l'elaborazione dell'atto programmatico sulle cure domiciliari.

4.2 Sviluppi del Punto Unico di accesso alla rete dei servizi sanitari e socio-sanitari regionali

La Ricerca finalizzata, partita nel 2006: *"Uniformità dei diritti del cittadino: sperimentazione di modelli organizzativi per la presa in carico delle persone fragili e la continuità assistenziale, con particolare riferimento al punto unico di accesso alla rete dei servizi sanitari e socio sanitari"*, si è conclusa con un convegno tenutosi a Roma in data 01/10/2008. I risultati del progetto PUA sono stati divulgati tramite apposito Quaderno Monitor (suppl. II al n. 21, ottobre 2008), ed hanno suscitato molto interesse, in quanto hanno fornito alle Regioni gli strumenti operativi per avviare i Punti Unici di Accesso nelle diverse realtà territoriali e migliorare quelli esistenti.

Molte sono le Regioni che hanno sviluppato le linee di attività suggerite dalla ricerca, inserendole nei propri documenti di programmazione regionale.

La ricerca ha dato modo di elaborare una serie di proposte finalizzate ad orientare le regioni verso una riorganizzazione del sistema delle cure primarie, con l'intento di definire un sistema integrato di risposta ai bisogni di continuità assistenziale nella complessa area della fragilità e della non autosufficienza.

Nell'anno 2009 si prevede di fornire supporto alle Regioni per la costituzione, l'implementazione e/o lo sviluppo dei Punti Unici di Accesso e dei percorsi di presa in carico delle persone fragili.

Inoltre, saranno approfondite le esperienze internazionali, come ad esempio le "Community Care Access Centre" dell'Ontario (*Presa in carico organizzata dei servizi di assistenza comunitaria*).

È prevista la partecipazione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, di un nuovo progetto di ricerca che dovrebbe avviarsi nel 2009, con l'obiettivo di sperimentare il PUA sul territorio in alcune realtà regionali.

4.3 Rilevazione delle tipologie di assistenza socio-sanitaria agli anziani non autosufficienti¹¹

Ricerca corrente: "Rilevazione delle tipologie di assistenza socio-sanitaria agli anziani non autosufficienti" (sottoprogetto nell'ambito del progetto generale "Rilevazione dell'attuale spesa pubbli-

¹¹ A cura della sezione *Livelli essenziali di assistenza - Monitoraggio della spesa sanitaria*

ca per l'assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard").

Dopo una specifica ricognizione sui servizi, i bisogni e la terminologia adottata nelle regioni in ambito delle non autosufficienze, sono stati individuati i potenziali interventi rilevanti e ne sono stati analizzati i costi per la predisposizione.

In seguito alla ricognizione effettuata sulle tipologie di assistenza erogate agli anziani non autosufficienti nelle diverse Regioni e alla raccolta della principale documentazione di riferimento è stata elaborata la Prima stesura della relazione finale. La ricerca è terminata con la fine del 2008 e la relazione finale comporta una quantificazione analitica del fabbisogno finanziario nazionale e regionale per l'assistenza alla non autosufficienza. Sono attualmente in fase di valutazione le modalità più idonee per diffondere i risultati della ricerca.

4.4 Monitoraggio e valutazione di modelli innovativi di assistenza primaria

Sviluppi per la Ricerca corrente 2006 "Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane"

Nel mese di novembre 2008 è stata inviata al Ministero la relazione conclusiva del progetto di ricerca in cui sono presenti, sia la ricognizione della normativa regionale, che le analisi delle forme associative evolute di assistenza primaria (UTAP, Società della Salute, Unità di cure primarie ecc).

Sono state individuate delle caratteristiche fondamentali dei modelli assistenziali di cure primarie e presa in carico delle persone con patologie croniche. La ricerca ha dato modo di elaborare una serie di proposte finalizzate ad orientare le regioni verso una riorganizzazione del sistema delle cure primarie, con l'intento di definire un sistema integrato di risposta ai bisogni di continuità assistenziale nella complessa area della fragilità e della non autosufficienza.

Vista la rilevanza dell'argomento trattato e l'interesse che suscita è attualmente in fase di elaborazione una nuova ricerca sulle cure primarie, orientata a raccogliere le buone pratiche esistenti su: governance del distretto, modelli di integrazione sociosanitaria, valorizzazione delle diverse figure professionali sanitarie. L'intento è quello di costruire e definire un set minimo di indicatori per valutare attività ed esiti dei nuovi modelli organizzativi.

4.5 Sperimentazione di una serie di indicatori per la misura della continuità assistenziale¹²

Il Progetto di Ricerca finalizzata dal titolo "Sperimentazione di una serie di indicatori per la misura della continuità assistenziale", ex artt. 12 e 12 bis del D.Lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, al quale hanno partecipato 7 Regioni e una azienda sanitaria, rappresenta la terza ricerca promossa e condotta dall'Age.Na.S. finalizzata a validare indicatori di sistema.

Il Progetto, iniziato a marzo del 2006, ha avuto la durata di due anni e mezzo e si è concluso a settembre del 2008, a seguito della proroga concessa dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per la necessità di un pieno raggiungimento dei risultati. La ricerca ha avuto come obiettivi generali l'identificazione, la valutazione e la validazione di indicatori di continuità assistenziale per specifiche patologie e particolari problemi di salute, e la verifica della loro sostenibilità, specificità, sensibilità, e rilevanza. Un altro obiettivo prioritario è stato quello di valutare la sensibilità degli indicatori individuati nel cogliere la variazione nella qualità della assistenza in termini di continuità, indotta da un intervento specifico sulla qualità della comunicazione fra i diversi attori dei processi assistenziali.

La ricerca si è focalizzata, in particolare, sull'approfondimento della tematica della continuità assistenziale, analizzata sia sotto il profilo organizzativo, che clinico, attraverso lo studio di indicatori sanitari che hanno esaminato la dimensione gestionale, informazionale e relazionale della continuità assistenziale per patologie e problemi assistenziali specifici quali: lo scompenso cardiaco, l'infarto miocardico acuto, la cardiopatia ischemica, le patologie oncologiche, il trauma cranico, le malattie psichiatriche, i codici bianchi di accesso al P.S.

Le attività che sono state svolte nel secondo semestre del 2008, finalizzate al pieno raggiungimento degli obiettivi della ricerca e al completamento delle ultime fasi metodologiche previste dal protocollo operativo del Progetto, hanno riguardato:

- l'ultimazione della sperimentazione degli indicatori di continuità assistenziale entro ciascuna UO, che dopo la I fase di raccolta, elaborazione e validazione dei dati, ha incluso la II fase relativa alla validazione e conferma degli indicatori e la III fase inerente l'analisi e l'interpretazione dei risultati;
- la condivisione della metodologia comune predisposta per il calcolo e l'analisi degli indicatori di ospedalizzazione evitabile, definiti "Prevention Quality Indicators (PQIs)", messi a punto e sperimentati nella ricerca;

¹² A cura della sezione *Qualità e Accreditamento*

- l'attuazione della valutazione della sensibilità degli indicatori identificati dalle rilevazioni pre- e post-intervento di formazione alla comunicazione, nell'ambito del percorso formativo di I e II livello, destinato ai soggetti principali della rete di continuità assistenziale;
- l'implementazione del protocollo di studio messo a punto per la valutazione della continuità gestionale mediante le fonti informative correnti;
- la predisposizione e la trasmissione al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, delle relazioni conclusive elaborate dalla Age.Na.S. e dalle U.U.O.O. partecipanti alla ricerca, contenenti la sintesi delle attività progettuali svolte e dei risultati ottenuti;
- la presentazione e la diffusione dei risultati complessivi della ricerca, inclusa la condivisione dei documenti tecnico-metodologici sviluppati, in occasione di un convegno nazionale conclusivo, organizzato dall'Age.Na.S., tenutosi a Roma il 25 settembre 2008, presso la sala Congressi dell'ENPAM, in via Torino n. 38, al quale hanno partecipato più di cento persone. In questo contesto è stato distribuito gratuitamente a tutti i partecipanti il libro degli abstract del convegno e un pacchetto formativo predisposto dalla Azienda ASL RM C, che ha curato tutte le attività di formazione della ricerca. Le presentazioni dei relatori al convegno sono state successivamente pubblicate sul sito dell'Age.Na.S. dedicato alla ricerca.

Complessivamente, nel secondo semestre del 2008 sono state, quindi, completate tutte le attività di raccolta, analisi e validazione di dati e indicatori per la misura della continuità assistenziale; è stata svolta la validazione di metodologie e strumenti operativi effettivamente praticabili dalle Regioni e dalle aziende sanitarie coinvolte nel Progetto; sono stati predisposti gli elaborati conclusivi e organizzato il convegno nazionale per la diffusione dei risultati della ricerca.

Infine, l'Age.Na.S. si sta interessando dell'ultima fase del Progetto, che riguarda la diffusione dei dati conclusivi delle singole linee di attività delle U.U.O.O. ai principali stakeholders del sistema sanitario, attraverso la pubblicazione su riviste scientifiche e su internet e sta curando la pubblicazione dei risultati complessivi della ricerca su un numero monografico di Monitor.

4.6 Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia¹³

Il Ministero della Salute ha affidato alla regione Marche la realizzazione di un progetto dal titolo "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia" (biennio 2007-2008).

L'Age.Na.S è stata coinvolta in questo progetto per dare un supporto alla costruzione e consolidamento di una rete tra le regioni per tutelare e promuovere la salute della popolazione immigrata in Italia attraverso l'adozione di modelli socio-sanitari adeguati, dal punto di vista culturale e organizzativo, ai bisogni di questa fascia di popolazione, con particolare riguardo agli immigrati non iscrivibili al SSN.

Da Paese di emigrazione, negli ultimi 10 -15 anni, l'Italia è diventata paese di immigrazione, con flussi continui e diversificati a seconda delle alterne vicende geopolitiche, crisi congiunturali e accessi bellici.

I dati non solo confermano la tendenza ad un aumento del fenomeno, ma evidenziano una stabilizzazione di comunità intergenerazionali sempre più segmentate e ricche di componenti umane peculiari, ansiose di trovare un loro posto a pieno titolo nella società italiana.

All'1° gennaio 2007 gli stranieri residenti in Italia sono circa 2.938.922, pari al 5% della popolazione residente; di questi circa l'80% sono persone provenienti da paesi a forte pressione migratoria.

Il confronto con altri paesi europei mostra che in Germania, a gennaio 2006, i residenti di cittadinanza straniera sono l'8,8%; in Spagna e nel Regno Unito, già nel 2004, la popolazione straniera rappresentava rispettivamente il 6,6% ed il 4,7% del totale dei residenti; in Francia, al Censimento del 1999, la quota degli stranieri era pari al 5,9% della popolazione complessiva.

La realtà migratoria è molto articolata: si contano più di 130 diverse comunità culturali; si tratta di una popolazione giovane (il 51% di età compresa nella fascia 18-39 anni); si assiste ad una femminilizzazione dei flussi (le donne rappresentano circa il 49%); i minorenni sono 666.293 e rappresentano il 22,7% dei minorenni in Italia; i nati in Italia da genitori stranieri sono in costante aumento (nel 2006 sono 57.765, pari al 10,3% del totale dei nati in Italia nello stesso anno).

Il fenomeno impone, all'Italia, paese ospite, di individuare strategie efficaci per dare risposte ai bisogni di questa nuova popolazione non solo nell'ottica di rispetto dei diritti umani universali, ma anche per cogliere orizzonti culturali diversi e prevenire conflitti sociali che possono derivare

¹³ A cura del gruppo *Epidemiologico*

dall'esclusione sociale, conflitti che inevitabilmente hanno ricadute negative sullo sviluppo dell'intera collettività.

Dunque diventa prioritario attrezzare i servizi, quindi anche quelli socio-sanitari, ad affrontare una utenza portatrice di culture, biografie e bisogni differenziati.

Pertanto si è prevista la produzione e diffusione di linee guida sulla metodologia di analisi epidemiologica della domanda di salute della popolazione immigrata utilizzando i principali flussi informativi correnti. Ciò allo scopo di avere, per tutto il territorio nazionale, informazioni qualitative omogenee e confrontabili, utili alla comprensione dei principali problemi di salute, e quindi alla loro risoluzione.

Infatti, pur essendo disponibili, a vari livelli (nazionale, regionale e sottoregionale), analisi ed indagini epidemiologiche, non esiste una metodologia condivisa e validata per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata e quindi non sono possibili confronti con le diverse realtà regionali.

Le analisi epidemiologiche esistenti spesso utilizzano differenti "definizioni di caso" – immigrato - e differenti indicatori.

Non esiste, inoltre, a livello delle varie regioni italiane la consuetudine ad analizzare e monitorare lo stato di salute della popolazione immigrata, né valutazioni per comprendere se i servizi sono adeguati a rispondere ai bisogni di salute, né un confronto tra le varie regioni sull'efficacia degli interventi effettuati.

I due obiettivi principali sono stati:

- definire un set minimo di indicatori che possono essere utilizzati a livello di tutte le regioni, allo scopo di poter descrivere, in modo omogeneo, i principali problemi di salute della popolazione immigrata;
- lettura condivisa, tra le regioni e a livello nazionale, dello stato di salute degli immigrati per facilitare la programmazione e la pianificazione nazionale e regionale degli interventi di promozione della salute e di prevenzione più appropriati.

Metodologia

È stato costituito un gruppo nazionale tecnico scientifico di esperti che, a partire dai flussi correnti disponibili, ha lavorato al fine di definire un set minimo di indicatori per la costruzione del profilo di salute della popolazione immigrata. Il gruppo di lavoro è stato costituito principalmente sulla base dei seguenti criteri:

- competenza epidemiologica ed autorevolezza in tale campo;
- esperienza scientifica e competenza sui flussi correnti e sul tema specifico dell'analisi dei bisogni/ domanda di salute della popolazione immigrata;
- possibilità di avere accesso alle banche dati dei flussi correnti allo scopo di analizzarle ed utilizzarle per la costruzione degli indicatori e le elaborazioni;
- passione e motivazione personale sul tema della salute degli immigrati;
- rappresentanza geografica (nord, centro, sud Italia).

Una volta costituitosi sulla base della condivisione dell'obiettivo, il gruppo di lavoro ha consensualmente deciso di lavorare mediante incontri periodici e anche telematicamente. I risultati condivisi sono i seguenti:

a) Definizione di caso

Tenendo presente che il termine straniero non è sinonimo di immigrato, il criterio della cittadinanza utilizzato per la definizione e l'individuazione degli immigrati appare essere quello che meglio consente di stimare la popolazione immigrata.

Utilizzando tale criterio rimane esclusa quella quota di immigrati che hanno acquisito la cittadinanza italiana, che tuttavia appare irrilevante¹⁴. Vengono inclusi i bambini nati in Italia da genitori immigrati; vengono esclusi i turisti.

La "visibilità" di un immigrato nei flussi informativi di vario genere, tra cui quelli demografici e socio-sanitari, dipende, pertanto, dall'essere in possesso del permesso di soggiorno se extra-comunitario e dall'iscrizione nelle anagrafi comunali se comunitario.

Nei flussi relativi alla demografia sono rintracciabili solo gli immigrati regolari o residenti, cioè quelli con permesso di soggiorno o, se comunitari, coloro che hanno titolo per risiedere in Italia; gli immigrati extra-comunitari clandestini, e gli immigrati comunitari che soggiornano in Italia senza averne titolo (non nati in Italia), non sono rilevabili.

¹⁴ Secondo una stima dell'ISTAT sono circa 182.000 i cittadini stranieri che dal 1996 al 2007 hanno acquistato la cittadinanza italiana, prevalentemente per matrimonio (75% dei casi)

b) Identificazione dei flussi correnti utili per la costruzione del profilo di salute degli immigrati

Sono stati identificati i seguenti flussi:

fonti disponibili per la descrizione della popolazione:

- anagrafe comunale;
- permessi di soggiorno;
- anagrafe assistiti.

c) Fonti per la descrizione della domanda di salute:

- flusso SDO: schede di dimissione ospedaliera;
- flusso IVG: interruzione volontaria di gravidanza;
- flusso aborto spontaneo;
- Flusso Certificato Di Assistenza Al Parto (CEDAP);
- Screening oncologici;
- schede malattie infettive;
- infortuni sul lavoro;
- schede di morte.

Per ogni flusso individuato sono stati descritti gli elementi essenziali per una miglior conoscenza e utilizzo ovvero:

- la titolarità;
- la fonte;
- le modalità di rilevazione, trasmissione e periodicità;
- le elaborazioni e pubblicazioni.

Inoltre si sono messe in evidenza le potenzialità e i limiti per un utilizzo più appropriato del flusso, ed infine sono state espresse alcune raccomandazioni per evitarne un uso distorto.

Criticità

Si è cercato di utilizzare i dati correnti in quanto già disponibili in tutte le regioni; la difficoltà maggiore resta l'affidabilità di tali flussi in quanto anche se prevista, la cittadinanza non viene sempre registrata. Si ritiene che l'utilizzo di questi flussi porti di per sé ad una maggior cura nella registrazione del dato, portando un beneficio ai flussi correnti in generale.

Attualmente si sta definendo una bozza del profilo di salute come modello per l'utilizzo dei flussi individuati. In particolare l'agenzia ha elaborato una serie analisi sui dati SDO per individuare l'accesso del servizio nelle regioni, le cause di ospedalizzazione più frequenti, i volumi di consumo; sono state inoltre analizzate alcune problematiche quali le IVG, i parti, i traumi e l'utilizzo del day hospital.

Per la prima volta sono stati analizzati alcuni aspetti economici dell'offerta sanitaria agli immigrati, quanto tale spesa incida sul sistema sanitario nazionale nel suo complesso; si è fatta una specifica analisi sugli immigrati irregolari per dare un contributo di conoscenza ad un fenomeno poco conosciuto se non mistificato proprio per la mancanza di dati. (vedi articolo la spesa sanitaria per gli immigrati, Monitor, n° 21, anno 2008)

Positivo è stato il coinvolgimento di istituzioni quali l'Istat, Inail permettendo degli approfondimenti su temi quali i flussi migratori e gli incidenti sul lavoro.

Il lavoro si concluderà nel primo trimestre 2009 con la stesura definitiva delle linee guida sulla metodologia di analisi epidemiologica della domanda di salute della popolazione immigrata attraverso i principali flussi correnti. Si tratta di una metodologia fattibile in tutte le regioni con gli attuali flussi informativi esistenti. Inoltre sono state prese in esame elaborazioni locali sia di aziende che regionali, che utilizzano metodologie più complesse non realizzabili in tutte le regioni, ma che possono in un futuro diventare modelli di analisi per approfondire la conoscenza e quindi avere migliori strumenti di governo del fenomeno.

L'Agenzia valuterà la possibilità di costituire un osservatorio permanente con le regioni per un monitoraggio continuo sul tema attraverso l'applicazione degli strumenti e metodi elaborati dal progetto stesso.

Documenti consultabile on line

Convegno Nazionale di presentazione dei risultati conclusivi del Progetto di ricerca finalizzata, "Sperimentazione di una serie di indicatori per la misura della continuità assistenziale"

(http://www.agenas.it/conv_indicatori_cont_assist.htm).

5. Puntare sui cittadini

Promozione di interventi volti allo sviluppo dell'empowerment nelle amministrazioni locali e nelle comunità¹⁵

Per lo svolgimento delle attività affidate all'Age.Na.S. dalla Conferenza Unificata del 20 settembre 2007 - relative al "supporto, pianificazione, gestione e valutazione di strategie, ricerche e percorsi formativi finalizzati all'empowerment" sono state sviluppate in modo particolare tre linee di lavoro:

- coordinamento del Gruppo Tecnico sull'empowerment;
- analisi delle esperienze di valutazione della qualità percepita nei confronti dei servizi sanitari;
- supporto al progetto intersettoriale "Difendiamo la salute".

Il Gruppo Tecnico, nel corso del secondo semestre 2008, si è dedicato alla sperimentazione e validazione della scheda di rilevazione delle iniziative di empowerment. La sperimentazione si è conclusa con l'approvazione della versione definitiva della scheda di rilevazione, la raccolta di 23 schede e la segnalazione di 52 esperienze regionali di empowerment.

Rispetto alla seconda linea di lavoro, l'Age.Na.S. ha impostato ed avviato una ricognizione a livello internazionale e nazionale, relativamente alle esperienze di implementazione dei modelli di rilevazione della qualità percepita negli ultimi 5 anni, al fine di descrivere lo stato dell'arte degli interventi effettuati o in via di effettuazione.

Riguardo al progetto intersettoriale "Difendiamo la salute", l'Age.Na.S ha collaborato all'elaborazione del questionario di rilevazione utilizzato nell'indagine campionaria finalizzata alla rilevazione dei bisogni formativi dei Sindaci e amministratori locali, sulla base della quale è stato strutturato un pacchetto formativo ad hoc. l'Age.Na.S., inoltre, ha continuato a mettere a disposizione il proprio know how, per contribuire allo sviluppo di modelli di formazione continua, anche attraverso iniziative sul territorio.

¹⁵ A cura della sezione *Qualità e Accreditamento*

5.1 Metodi e strumenti per la partecipazione attiva dei cittadini alla valutazione dei servizi e alle decisioni locali in materia di organizzazione dei servizi sanitari

Nel programma delle attività per l'anno 2008, sono state previste due principali linee di lavoro volte alla promozione della partecipazione attiva dei cittadini, che sono:

- definizione di un modello di intervento di empowerment della comunità sui temi della salute, da attuarsi con il coinvolgimento degli amministratori locali e sanitari;
- analisi delle esperienze di valutazione della qualità percepita nei confronti dei servizi sanitari da parte delle Regioni, con particolare attenzione alla utilizzazione dei risultati ai vari livelli decisionali.

72



Per lo sviluppo di tali attività, l'Age.Na.S. si è avvalsa della collaborazione del Gruppo Tecnico sull'empowerment che, costituitosi alla fine del 2007, nel corso del corrente anno si è ampliato arrivando a rappresentare 13 Regioni.

Il Gruppo Tecnico, al fine di selezionare le "buone pratiche" regionali tra le quali individuare un modello di intervento di empowerment della comunità, ha concordato i seguenti tre obiettivi di lavoro:

1. promuovere un confronto interregionale;
2. definire modelli e strumenti di rilevazione delle esperienze nazionali di empowerment;
3. individuare e diffondere le buone pratiche.

Dopo aver condiviso obiettivi di lavoro, modelli teorici e strumenti operativi, il Gruppo Tecnico, nel corso del secondo semestre 2008, si è dedicato alla sperimentazione e validazione del modello di analisi e della scheda di rilevazione delle iniziative di empowerment. A tal fine le attività svolte da giugno a dicembre 2008 hanno riguardato:

1. implementazione sperimentale della scheda di rilevazione delle iniziative di empowerment;
2. raccolta, analisi e discussione dei risultati;
3. realizzazione della versione definitiva degli strumenti di rilevazione (scheda di rilevazione, procedure di utilizzo);

4. raccolta delle iniziative di empowerment, selezionate dalle Regioni nel processo di implementazione sperimentale della scheda di rilevazione.

Tutte le Regioni e Province Autonome sono state invitate a partecipare alla sperimentazione della scheda, per la quale il gruppo aveva concordato i criteri di selezione delle esperienze e le modalità operative.

I referenti regionali del Gruppo Tecnico, ognuno nel proprio contesto, hanno organizzato un gruppo di lavoro locale (GLL) al quale hanno proposto la scheda di rilevazione. Ogni referente regionale ha organizzato il GLL nel rispetto delle specificità del contesto locale e ha raccolto iniziative e schede, riportandole al Gruppo Tecnico.

Nel mese di ottobre è stata avviata l'analisi e la discussione dei primi risultati della sperimentazione. I tre elementi che hanno guidato la riflessione su quanto emerso dalla sperimentazione, sono stati:

1. struttura della scheda: punti di forza e punti di debolezza;
2. processo di utilizzazione della scheda e modalità di organizzazione dell'attività di sperimentazione: criticità incontrate e soluzioni adottate;
3. risultati generali della sperimentazione.

La versione definitiva della scheda di rilevazione, revisionata sulla base di quanto emerso dalla sperimentazione, è stata condivisa dal gruppo durante la riunione del 19 dicembre 2008.

Tra i risultati del processo di implementazione sperimentale della scheda, si può citare la raccolta di 52 iniziative di empowerment che sono state segnalate da 9 Regioni. Le schede pervenute all'Age.Na.S. al termine della sperimentazione ammontano a 23 e riguardano, quindi, la metà circa delle iniziative segnalate. Nonostante la fase sperimentale sia conclusa, il Gruppo Tecnico ha concordato di estendere a gennaio 2009 il termine stabilito per la segnalazione delle iniziative rilevanti, poiché si ritiene di particolare valore la diffusione delle conoscenze in tale settore.

Tutte le esperienze di empowerment raccolte saranno classificate in base al modello di analisi condiviso, al fine di individuare le "buone pratiche" trasferibili e modelli di intervento intersettoriale di empowerment di comunità. Quelli ritenuti più significativi, dal punto di vista metodologico e dei risultati conseguiti, verranno utilizzati ai fini del raggiungimento degli obiettivi della Ricerca Corrente 2007, che affronta il tema in oggetto.

Nell'ultima riunione del Gruppo Tecnico sono state pianificate per il 2009 le seguenti azioni,

volte alla diffusione delle iniziative raccolte e del modello individuato:

- invio agli Assessorati di tutte le Regioni e P.A. del materiale elaborato dal gruppo di lavoro;
- incontro informativo con i referenti segnalati da tutte le Regioni;
- eventi formativi /informativi locali.

L'Age.Na.S. ha continuato a condividere, con i partecipanti al Gruppo Tecnico, i materiali documentali pervenuti e ha aggiornato tutte le Regioni e Province Autonome sulle attività svolte, attraverso l'invio dei verbali e delle convocazioni alle riunioni.

5.2 Analisi situazionale dei sistemi quantitativi di rilevazione della qualità percepita/soddisfazione dei pazienti

Rispetto all'analisi delle esperienze di valutazione della qualità percepita, negli ultimi anni è stata riconosciuta una sempre maggiore rilevanza al tema e si è evidenziata la necessità di acquisire dati e di effettuare valutazioni circa la soddisfazione e le esperienze dei cittadini che hanno fruito di prestazioni sanitarie o che sono entrati in contatto con il sistema sanitario.

Nel corso del secondo semestre del 2008 l'Age.Na.S. ha impostato ed avviato una ricognizione a livello internazionale e nazionale, relativamente alle esperienze di implementazione dei modelli di rilevazione della qualità percepita negli ultimi 5 anni, al fine di descrivere lo stato dell'arte degli interventi effettuati o in via di effettuazione. Nell'ambito di tale analisi situazionale, è stata posta particolare attenzione alle esperienze condotte dal Picker Institute e ai risultati presentati nell' "Euro Health Consumer Index – 2008", pubblicazione curata dalla Health Consumer Powerhouse in collaborazione con la Commissione Europea. Nel corso del primo semestre 2009 si prevede di ultimare tale ricognizione.

5.3 Sviluppo, in collaborazione con gli Enti Locali e le loro associazioni rappresentative, di una modalità strutturata e sistematica di formazione agli amministratori locali sulle tematiche oggetto del progetto "Difendiamo la salute"

Le attività del secondo semestre riguardano il supporto offerto dall'Agenzia alle azioni di tipo informativo, scientifico, progettuale e di diffusione dei risultati.

L'esigenza di chiarire il ruolo del primo cittadino, rispetto alla tutela della salute, rappresenta un interessante obiettivo di studio che trova esplicitazione nella ricerca denominata "Sindaci e Salute", filone del Progetto intersettoriale Difendiamo la salute (2007- 2009). Il lavoro si pone come obiettivi primari la rilevazione delle esperienze dei Sindaci relativamente alle attività istituzionali finalizzate alla tutela della salute, la descrizione delle esperienze rispetto ai rapporti che intercorrono tra le amministrazioni locali e i cittadini (o loro associazioni), l'analisi delle competenze dei Sindaci e la valutazione del loro fabbisogno formativo.

A seguito dell'ultimazione del Report relativo allo Studio "Sindaci e Salute", è stato possibile determinare la base informativa per l'elaborazione del questionario di rilevazione utilizzato nell'indagine campionaria (condotta con Federsanità-ANCI) destinata a Sindaci ed amministratori locali. Quest'ultima, finalizzata alla rilevazione dei bisogni formativi degli amministratori locali, ed i relativi risultati, oltre ad essere stati oggetto di pubblicazione (Il Sole 24 ore Sanità, 2-8 dicembre 2008; Repubblica Salute, 7 dicembre 2008), sono stati utilizzati per l'individuazione e la strutturazione di un pacchetto formativo ad hoc per lo sviluppo di un modello di formazione continua agli amministratori locali. È tutt'ora in fase di elaborazione la prima stesura di un glossario sui temi affrontati nei percorsi di empowerment già realizzati, che rappresenterà parte integrante del pacchetto formativo stesso.

5.4 Supporto metodologico e attraverso attività di docenza alla progettazione e alla realizzazione delle iniziative formative di empowerment (in collaborazione con tutti i partner del progetto "Difendiamo la salute")

L'Age.Na.S. ha continuato a mettere a disposizione il proprio know how, per contribuire allo sviluppo di modelli di formazione continua, anche attraverso iniziative sul territorio.

Gli argomenti proposti nelle giornate formative sono stati – in questo secondo semestre - perfezionati e strutturati in un pacchetto formativo standard, avvalendosi anche della esperienza maturata con il Gruppo Tecnico sull'empowerment, coordinato dalla Age.Na.S.

L'occasione formativa è stata utilizzata, quindi, anche allo scopo di diffondere le iniziative messe in atto a livello di singole Regioni, che possono essere di riferimento per una eventuale trasferibilità. In quest'ottica si sottolinea il contributo all'incontro tenutosi il 17 dicembre 2008 con i responsabili della formazione e degli uffici qualità delle Asl del Lazio, oltre che con alcuni rappresentanti delle associazioni di pensionati di CGIL, CISL, UIL e UGL, durante il quale è stato sottoposto all'attenzione dei partecipanti, il pacchetto formativo e sono state fornite indicazioni per l'implementazione di un percorso formativo a livello di singola Asl e di singolo comune.

È prevista la partecipazione all'organizzazione di prossimi eventi formativi rivolti ai Sindaci ed agli Assessori dell'area socio-sanitaria. Si segnala, inoltre, che il progetto Difendiamo la salute sarà rappresentato all'interno del volume "Progetti per favorire le pratiche per la salute", curato da Federsanità-ANCI, di cui è prevista la pubblicazione nei primi mesi del 2009.

76



Ulteriore attività svolta nel secondo semestre 2008 è stata la collaborazione alla redazione della tesi dal titolo "Ruolo del Coordinatore nei processi d'empowerment come strumento per il Miglioramento Continuo dell'assistenza infermieristica", presentata il 10 dicembre 2008 al "Master in Management Infermieristico per le funzioni di Coordinamento", presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

6. Accreditare per garantire

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

6.1 Promozione di iniziative di confronto tra le Regioni¹⁶

L'Agenzia ha realizzato, nel primo semestre 2008, la prima versione del documento "Ricognizione delle norme regionali sull'accreditamento istituzionale in riferimento alla Legge n. 296/2006 (Finanziaria 2007), art. 1, comma 796, lettere o), s), t)", che fornisce elementi conoscitivi utili ad un confronto sullo stato di attuazione del percorso di accreditamento istituzionale nelle Regioni.

Nell'ambito di quanto previsto dalla Convenzione per le attività di supporto operativo e gestionale dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali al Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS), la stessa ricognizione è stata utilizzata per avviare un'attività di aggiornamento periodico della normativa nazionale e regionale e della sua implementazione.

Nel corso del secondo semestre si è proceduto alla revisione della ricognizione, attraverso la raccolta e l'analisi delle fonti normative regionali di recente adozione, nonché tramite specifica richiesta, rivolta ai rappresentanti ed agli Assessori regionali, di riferire circa lo stato di avanzamento del percorso di accreditamento istituzionale. La ricognizione aggiornata sarà pubblicata sul sito dell'Agenzia.

A tal fine è stata realizzata una scheda di rilevazione specifica, suddivisa in 3 sezioni, con l'obiettivo di raccogliere informazioni sullo stato dell'arte dei percorsi regionali per la valutazione del fabbisogno.

In collaborazione con il Gruppo Tecnico per l'Accreditamento, è stata avviata una ricerca volta a rilevare le scelte organizzative, strategiche e metodologiche seguite dalle Regioni e P.A. nella definizione del fabbisogno.

In considerazione delle prescrizioni introdotte dalla Legge Finanziaria 2007 (L. n. 296/2006) e delle indicazioni espresse dai referenti delle Regioni/P.A. nel corso dell'incontro del 14 novembre 2007, l'Agenzia ha inteso approfondire alcune tematiche in via prioritaria, con il supporto del

¹⁶ A cura delle sezioni *Organizzazione dei Servizi Sanitari e Qualità e Accreditamento*

Gruppo Tecnico per l'Accreditamento, di cui fanno parte rappresentanti regionali designati dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome¹⁷.

Nel corso della prima riunione del Gruppo, tenutasi il 18 dicembre 2008, si è affrontato il tema della determinazione del fabbisogno e suo rapporto con l'accreditamento e gli accordi contrattuali, con l'obiettivo di rilevare le esperienze regionali e le principali criticità incontrate nella predisposizione e implementazione del provvedimento.

Al fine di garantire un'accurata analisi della tematica il Gruppo Tecnico ha convenuto di procedere all'aggiornamento del documento dal titolo: "Modalità con cui realizzare i rapporti fabbisogno – programmazione – offerta", predisposto dal Tavolo tecnico 1 della Commissione Nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari, nel marzo del 2004.

Il citato documento riporta la sintesi dei risultati di un'indagine condotta nel biennio 2003-2004 e diretta a rilevare le scelte organizzative, nonché le strategie e le metodologie seguite dalle Regioni nella definizione del fabbisogno.

L'aggiornamento del documento ha richiesto la pianificazione di una nuova indagine. Si è, pertanto, proceduto all'elaborazione di una versione aggiornata della scheda di rilevazione (allegato 5), suddivisa in 3 sezioni, con l'obiettivo di raccogliere informazioni sui percorsi regionali per la valutazione del fabbisogno relativi a:

- ricoveri per acuti;
- attività ambulatoriale;
- attività residenziale e semiresidenziale.

La scheda dovrà essere inviata ai componenti del Gruppo Tecnico per eventuali osservazioni ed integrazioni e successivamente trasmessa ai referenti ed ai Direttori degli Assessorati regionali.

Sempre all'interno della Convenzione per le attività di supporto operativo e gestionale dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali al Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS), è stata avviata la costruzione di un modello di analisi dell'accreditamento quale strumento per il miglioramento continuo della qualità, al fine di redigere linee guida ad hoc.

¹⁷ Si riportano di seguito i rappresentanti regionali designati dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome: dott. Emidio Di Ninni (Regione Abruzzo); dott. Salvatore Lopresti (Regione Calabria); dott.ssa Renata Cinotti (Regione Emilia-Romagna); dott. Rosario Blanco (Regione Friuli Venezia Giulia); dott.ssa Agnese D'Alessio (Regione Lazio); dott. Franco Milani (Regione Lombardia); dott. Sandro Oddi (Regione Marche); dott. Ambrogio Aquilino (Regione Puglia); dott. Antonio Perelli (Regione Umbria).

6.2 Sviluppo della day surgery secondo le indicazioni nazionali e modalità di accreditamento¹⁸

L'Age.Na.S. sta elaborando un programma di monitoraggio costante dello sviluppo della Day Surgery e della chirurgia ambulatoriale in Italia, finalizzato a coinvolgere attivamente il mondo professionale ed organizzativo e che preveda specifici momenti di confronto e discussione con le realtà istituzionali. L'esigenza nasce dalla volontà di creare un luogo di confronto e di monitoraggio del sistema per promuovere lo sviluppo della Day Surgery, come opportunità e modello assistenziale nell'ambito dei processi di riorganizzazione della rete ospedaliera, anche rispetto alla riconversione dei piccoli ospedali.

È proseguita nel secondo semestre 2008 l'attività precedentemente avviata di monitoraggio costante dello sviluppo della chirurgia di giorno e la sua integrazione con la Medicina Generale, ponendo particolare attenzione all'evoluzione normativa (norme generali, aspetti tariffari e norme sull'accreditamento), sia in ambito nazionale che regionale.

Si è inoltre collaborato agli atti preparatori per la presentazione di due progetti europei sulla Day Surgery:

- progetto di ricerca europeo "Day Surgery Data Project" sugli indicatori per la Day Surgery rientrante nel "Second Programme of Community action in the field of health 2008-2013" che prevede la partecipazione dell'Age.nas in qualità di partner associato, approvato nel settembre 2008. Nello specifico l'Agenzia è titolare del Workpackage 6.2.1.4 dal titolo "Defining a minimum and an ideal set of ds indicators" con l'obiettivo di definire un set di indicatori standardizzati ed integrati a livello europeo.
- progetto di ricerca europeo "Promoting quality and safety of hospital care through Day surgery expansion" nell'ambito del 7° programma quadro e nello specifico nella sezione Health 2009-3.1-2 "Improve quality and safety of hospital care" attualmente in fase di revisione della Commissione Europea per l'approvazione. L'obiettivo del progetto è quello di esaminare le performance della Day Surgery ed analizzarne i determinanti di successo e le barriere che ne impediscono lo sviluppo, al fine di fornire gli strumenti idonei al miglioramento della qualità e sicurezza e promuoverne la diffusione. L'Agenzia parteciperebbe al progetto in qualità di Main Partner nel Work Package 1(WP1) – Project Management con il compito coordinare e di gestire le risorse dell'intero programma di ricerca, monitorando i progressi del progetto e valutandone il grado di raggiungimento degli obiettivi.

¹⁶ A cura della sezione *Organizzazione dei Servizi Sanitari*

6.3 Processi di riorganizzazione dei sistemi diagnostici con particolare riferimento alla diagnostica per immagini e a quella di laboratorio

Il gruppo di lavoro dedicato alla predisposizione di un “Piano nazionale per la medicina di laboratorio” insediato presso L’Agenzia ha portato a termine l’elaborazione di un documento recante “Linee di indirizzo per la Riorganizzazione dei servizi di medicina di laboratorio nel Servizio sanitario Nazionale”. Il documento è stato trasmesso alla Direzione generale Programmazione sanitaria e principi etici del Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali per il seguito di competenza.

7. Fare spazio alla innovazione

Supporto alle regioni in materia di innovazioni significative per la razionalizzazione e la qualificazione delle attività del SSN e per la promozione di attività di programmazione e valutazione dell'introduzione e gestione delle innovazioni tecnologiche (Health Technology Assessment - HTA)¹⁹

Sul versante dell'innovazione nel corso del 2° semestre del 2008, l'Agenzia ha condotto iniziative riguardanti :

- a) l'avvio di una ricognizione sistematica dell'innovazione organizzativa riguardante gli strumenti di controllo/monitoraggio e gestione dell'innovazione tecnologica nelle regioni;
- b) l'approfondimento dei temi riguardanti i rapporti Pubblico-privato nelle regioni;
- c) la diffusione delle principali tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie, l'analisi delle forme di esternalizzazione e centralizzazione della funzione di acquisto nelle aziende sanitarie;
- d) l'Health Technology Assessment (HTA);
- e) l'attivazione del (Centro di osservazione delle tecnologie biomediche emergenti (horizon scanning) - C.O.T.E.

In particolare, con la collaborazione delle Regioni Toscana, Friuli Venezia Giulia, Lazio ed Emilia Romagna, si sono concluse le rilevazioni riguardanti:

- la centralizzazione e la esternalizzazione della funzione di acquisto da parte delle aziende sanitarie dei dispositivi medici, incluse le apparecchiature;
- l'utilizzo del service per l'acquisizione dei dispositivi medici;
- la diffusione di tecnologie biomediche ad elevato impatto nelle aziende sanitarie.

¹⁹ A cura della sezione *Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo*

La raccolta dei dati è terminata il 31 luglio 2008.

Le attività afferenti all'Health Technology Assessment sono consistite nella produzione dei report definitivi di valutazione dei test rapidi per l'influenza, delle protesi totali d'anca e della video-capsula endoscopica.

In questo semestre è stato attivato il C.O.T.E. (Centro di osservazione delle tecnologie biomediche emergenti (horizon scanning) per pervenire ad un sistema di identificazione preventiva o precoce di quelle tecnologie che possono avere rilevante impatto sul SSN. In particolare si è tenuto il primo workshop operativo.

7.1 Monitoraggio delle innovazioni organizzative

Nell'ambito del monitoraggio delle innovazioni organizzative, si è ritenuto di avviare una ricognizione sistematica dell'innovazione organizzativa riguardante gli strumenti di controllo/monitoraggio e gestione dell'innovazione tecnologica nelle regioni. Dalla ricognizione è risultato che le Regioni che hanno attivato strumenti di controllo/monitoraggio dell'innovazione tecnologica (Health Technology Assessment) sono la Lombardia, il Veneto, la Campania, e l'Emilia Romagna (Tabella 1). La Lombardia, il Veneto, la Campania e la Liguria lo hanno fatto mediante programmi emanati con delibere regionali (Lombardia:DGR 8/7856/2008;Veneto: DGR 2187/2008; Campania:DGR 1370/2008), mentre, l'Emilia Romagna ha attivato il processo direttamente a livello di Agenzia Regionale sociale e sanitaria e istituendo l'Osservatorio Regionale per l'Innovazione. Si segnala anche l'interessamento ad avviare un progetto strutturato per la definizione di un piano di investimenti nelle alte tecnologie della Regione Toscana.

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.

Tabella n.1 - Programmi di HTA nelle Regioni Italiane - (dati al 31 dicembre 2008)

Regione	Normativa	Nome progetto	Motivi	Attività/Funzioni
Emilia Romagna		Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI)	Governare i processi di adozione nei contesti assistenziali di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche Acquisire informazioni di costo-efficacia delle tecnologie innovative Monitorare le procedure di acquisizione e le modalità di utilizzo dei dispositivi medici Raccogliere sistematicamente dai singoli contesti aziendali segnalazioni sull'innovazione dei servizi Prevedere scenari futuri	Consentire l'individuazione il più possibile precoce di tecnologie emergenti Sostenere le attività dei collegi di direzione aziendali sui temi della innovazione tecnologica, clinica ed organizzativa Individuare, tra le tecnologie individuali, quelle meritevoli di ulteriori iniziative di approfondimento del loro ulteriore impatto sui servizi Consentire il governo dei processi di adozione di altre tecnologie diagnostiche e terapeutiche
Lombardia	DGR 8/7856/2008	Determinazione in merito alla valutazione dell'appropriatezza d'uso dei farmaci, dispositivi biomedicali e tecnologie diagnostico-terapeutiche al fine del loro impiego nell'ambito del SSR secondo gli indirizzi del PSR e determinazioni conseguenti	Definire il processo della valutazione dell'appropriatezza d'uso di tecnologie innovative al fine del loro ottimale impiego nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale	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 stabili 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
Veneto	DGR 410/2008 DGR 2187/2008	Programma per la Ricerca l'innovazione e l'HTA (PRRHTA)	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 delle innovazioni tecnologiche e organizzative	Identificazione delle tematiche ritenute rilevanti a livello regionale e locale su cui promuovere l'attività di ricerca Promozione della ricerca traslazionale e della sperimentazione volte a migliorare la implementazione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici Sviluppo di processi formativi rivolti agli operatori del settore socio sanitario per lo sviluppo di competenze a sostegno dell'attività di ricerca e sulle metodologie da adottare per creare percorsi finalizzati ad un confronto continuo sui risultati ottenuti Sviluppo di processi informativi (linee guida) sull'uso di specifiche tecnologie e procedure
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 Organizzare task force regionale costituita da esperti e da referenti di singole aziende sanitarie, ospedaliere e universitarie Adozione piano di formazione tradizionale ed a distanza L'attivazione di modelli e strumenti tecnologici di supporto alle decisioni dei manager

7.2 Rapporti pubblico-privato nelle regioni

È stata effettuata la ricognizione sistematica delle collaborazioni pubblico-privato in essere nelle Regioni a partire dall'aggiornamento al 2008 delle normative regionali relative alle sperimentazioni ed innovazioni gestionali. Nell'ambito della collaborazione al SiVeAS è stata predisposta la sintesi dei dati pervenuti dalle regioni. È in corso di avvio un'analisi approfondita delle esperienze.

7.3 Health Technology Assessment su dispositivi medici

Sono stati completati i report di HTA relativi a:

- test rapidi per l'influenza;
- videocapsula endoscopica;
- protesi d'anca

I report sono stati trasmessi alla Direzione generale dei farmaci e dispositivi medici del Ministero che li aveva commissionati. Attualmente i report sono pubblicati sul sito del Ministero, nelle pagine dedicate ai dispositivi medici per una fase di consultazione pubblica che si concluderà ad aprile 2009: www.ministerosalute.it/dispositivi/paginainternasf.jsp?id=1202&menu=hta. I dati sono stati presentati all' International HTA meeting di Montreal 2008 e al 3° Forum sul Risk Management in sanità tenutosi ad Arezzo a novembre 2008.

7.4 Organizzazione della rete dell'Health Technology Assessment

Allo scopo di promuovere attività stabili di valutazione dell'introduzione e gestione delle innovazioni tecnologiche (Health Technology Assessment - HTA), continua il percorso per la creazione della rete di cooperazione italiana volta a creare un network nazionale tra istituzioni regionali, strutture del Servizio Sanitario Nazionale, Università e Società scientifiche che possa costituire il "sistema di riferimento" per lo sviluppo delle attività di valutazione.

7.5 Promozione delle capacità di valutazione delle tecnologie biomediche da parte delle aziende sanitarie

L'attività promozionale è consistita nella diffusione della conoscenza delle iniziative nel settore dell'HTA sia di livello internazionale che nazionale. In particolare, sono state svolte relazioni ai con-

gressi SIFO (Napoli), AIES (Matera). L'Age.Na.S., in collaborazione con il Ministero della Salute, ha organizzato una sessione dedicata all' "Health Technology Assessment dei dispositivi medici" nell'ambito del 3° forum sul Risk management tenutosi ad Arezzo nel novembre 2008 nel corso del quale sono stati evidenziati i punti di vista dei diversi stakeholder.

A livello internazionale, si è aderito alla proposta di collaborazione del coordinamento del Progetto EUnethTA riguardante la stabilizzazione, nel corso del 2009, dei relativi prodotti e la predisposizione di un progetto di consolidamento a livello europeo del network HTA.

Nel corso di questo semestre si è contribuito, inoltre, a finalizzare i prodotti dei work packages n.5 e n.8 relativi rispettivamente all' "Adaptation Toolkit" (consultabile all'indirizzo: www.eunethta.net/upload/WP5/EUnethTA_HTA_Adaptation_Toolkit_October08.pdf) ed al "Handbook for capacity building" (consultabile all' indirizzo: www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/eunethta_wp8_hb_hta_capacity_building.pdf). I risultati del progetto EUnethTA sono stati presentati al meeting conclusivo di novembre 2008 a Parigi e saranno pubblicati su un numero monografico dell'International Journal of Health Technology Assessment.

A tale prospettiva applicativa sono rivolte le attività del programma strategico di ricerca finalizzata "Diagnostica ad elevata complessità e tecnologie per il monitoraggio di pazienti con patologie croniche".

7.6 Centro di Osservazione sulle tecnologie biomediche emergenti (COTE)

In questo semestre è stato attivato il C.O.T.E. (Centro di Osservazione delle Tecnologie biomediche Emergenti (horizon scanning) per pervenire ad un sistema di identificazione preventiva o precoce di quelle tecnologie che possono avere rilevante impatto sul SSN. In particolare si è tenuto il primo workshop operativo, nel corso del quale sono stati stabiliti una serie di punti fondamentali per il proseguimento dei lavori, in primo luogo nel contesto del progetto di ricerca Age.na.s. ma ulteriormente, nell'ottica di sviluppo di una metodologia di stabilizzazione di un sistema di HS permanente e condiviso.

In particolare, il consenso dei partecipanti è stato raggiunto per le seguenti argomentazioni:

- adattare al contesto italiano la definizione di tecnologie sanitarie emergenti oggetto di HS definita dalla rete EuroScan;

- il “modulo per la segnalazione di una tecnologia sanitaria emergente” dovrà essere unico, ben strutturato e condiviso dagli enti e dalle istituzioni che operano nelle diverse fasi del processo di HS. Con questa scelta è previsto che la possibilità di segnalare una tecnologia sia aperta a chiunque, le segnalazioni ricevute avranno un livello informativo adeguato e verranno tenute in considerazione le diverse esperienze di HS recentemente avviate a livello Regionale;
- necessità che le tecnologie da valutare siano contestualizzate all’interno di modelli diagnostico-terapeutici;
- l’orizzonte temporale all’interno del quale si diffonderanno le tecnologie sanitarie emergenti deve essere tale da non prevedere significative alterazioni del sistema sanitario nazionale in termini di carattere clinico e/o organizzativo che inficino la valutazione;
- il processo di prioritizzazione delle tecnologie deve essere ulteriormente approfondito, sia per quanto riguarda la definizione e condivisione dei criteri, sia per quanto riguarda l’importanza e l’eventualità che ciascun criterio sia caratterizzato da un peso.

È stata conseguentemente avviata una fase pilota per testare il sistema di segnalazione che si è conclusa nel corso del mese di dicembre, portando ad una migliore definizione della scheda di segnalazione e alla individuazione di circa 40 tecnologie emergenti.

7.7 Diffusione delle tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie

Riguardo alla “Diffusione delle principali tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie” sono state attivate, con la collaborazione delle regioni Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio ed Emilia Romagna le diverse linee di ricerca:

- centralizzazione e la esternalizzazione della funzione di acquisto dei dispositivi medici, incluse le apparecchiature, da parte delle aziende sanitarie;
- l’utilizzo del service per l’acquisizione dei dispositivi medici;
- la diffusione di tecnologie biomediche ad elevato impatto nelle aziende sanitarie.

A tal fine sono state avviate le fasi di ricognizione dei dati attraverso l’utilizzo di schede di rilevazione elaborate e condivise con le Unità Operative del Gruppo di ricerca.

In particolare, per ciò che concerne la centralizzazione e la esternalizzazione della funzione di acquisto da parte delle aziende sanitarie dei dispositivi medici, incluse le apparecchiature, il Gruppo di Lavoro, coordinato dalla Regione Toscana, ha:

- analizzato le principali caratteristiche delle diverse forme di acquisizione;
- evidenziato i vantaggi ed i limiti delle iniziative.

Riguardo all'utilizzo del service per l'acquisizione dei dispositivi medici, il Gruppo di Lavoro, coordinato dell'Ars Friuli Venezia Giulia, ha effettuato una ricognizione del ricorso al "service" come forma contrattuale sul territorio nazionale (in un campione significativo di regioni), individuando:

- le tipologie di dispositivi che più frequentemente sono oggetto di tale forma di acquisizione;
- le caratteristiche principali dei contratti;
- i vantaggi ed i limiti delle iniziative.

Per ciò che concerne la diffusione di tecnologie biomediche ad elevato impatto sono state seguite due linee di intervento:

- una ricognizione sulla dotazione attuale e sugli acquisti (ANNO 2006-2007) delle aziende sanitarie pubbliche relativi a un panel di attrezzature ad elevato costo e rapido rinnovo tecnologico, quali la radio terapia, la medicina nucleare e l'imaging digitale e non;
- una rilevazione sulle condizioni di acquisto di strumentazione a costo contenuto e di maggior diffusione nelle strutture sanitarie; tale procedura ha avuto lo scopo di verificare le eventuali disomogeneità presenti sul mercato e le modalità di intervento al fine del contenimento della spesa. Le apparecchiature selezionate a questo scopo hanno riguardato gli apparecchi per anestesia e video-endoscopia. La dead line per la chiusura della raccolta dati è stata fissata al 15 settembre 2008. I risultati del Progetto di ricerca sono illustrati nella relazione allegata (allegato 6).

7.8 Promozione di iniziative di monitoraggio dei prezzi e delle tariffe - dispositivi medici

Nel corso del 2° semestre 2008 la sezione I.S.S. ha proseguito la collaborazione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e con l'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito delle funzioni di rilevazione/ monitoraggio dei prezzi di acquisto di dispositivi medici.

In particolare, sono stati effettuati numerosi approfondimenti sulle diverse tipologie di endo-protesi vascolari, dispositivi medici per i quali, a seguito dell'emanazione dei decreti relativi ai prezzi da assumere a base d'asta, in successive sedute della CUD, sono state rappresentate criticità sia da parte degli specialisti utilizzatori che delle aziende produttrici.

Il problema connesso a quanto dettato dalla legge 23 dicembre 2006, n. 296 prevede all'art.1 comma 796, lettera v) in relazione ai prezzi cosiddetti di "riferimento" dei dispositivi medici, sui quali lo stesso Ministero ha ritenuto di dover effettuare una riflessione, ha portato ad una temporanea sospensione della rilevazione dei dati da parte delle Regioni (sono ancora all'attenzione della CUD i prezzi di pace-maker e defibrillatori).

Con l'istituzione del Tavolo Tecnico da parte del Ministero per il governo della spesa pubblica per i suddetti beni, unitamente ad alcuni componenti CUD, a rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze, del Coordinamento delle Regioni, di Assobiomedica e del FARE, la Sezione ISS, nella sua funzione di supporto tecnico-gestionale, ha intrapreso la valutazione della proposta (già presentata da Assobiomedica) per il superamento del meccanismo dei prezzi di riferimento dei dispositivi medici.

Si è ritenuto di dover procedere operativamente con l'approfondimento sui possibili risparmi che potrebbero essere conseguiti operando su quei fattori che, opportunamente modificati, rappresenterebbero la maggiore quota di possibile risparmio (quali ad es. diagnostica di laboratorio e relative apparecchiature).

A tale scopo, l'Agenzia è stata promotrice (su delega del Ministero) di incontri tecnici che si sono tenuti al fine di studiare i possibili percorsi da intraprendere per rendere oggettivabili le proposte di Assobiomedica e, conseguentemente, misurabili i risparmi preventivati. La condizione posta dal Ministero dell'Economia, infatti, è che la eventuale riduzione della spesa ottenuta con metodi diversi sia, comunque, sovrapponibile a quella calcolata con il meccanismo dei prezzi a base d'asta.

Si è proseguita la collaborazione con il Ministero e le Regioni alla predisposizione dello schema di flusso dei dati relativi agli acquisti dei dispositivi medici ai sensi dell'art.1, comma 409 della legge 266/05.

Concorso all'approfondimento, anche mediante l'attuazione di programmi di ricerca corrente e finalizzata, delle problematiche organizzativo-gestionali allo scopo di proporre soluzioni che contribuiscono al miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi sanitari

Sul versante della ricerca corrente e finalizzata nel corso del 2° semestre del 2008 l'Agenzia sta partecipando, sia in qualità di destinatario istituzionale che in qualità di unità operativa, ad una serie di progetti.

In particolare la Sezione ISS sta curando alcuni progetti di ricerca connessi a problematiche organizzativo-gestionali quali:

- la organizzazione e gestione della rete di diagnostica microbiologica;
- la sperimentazione e valutazione di interventi sanitari, come il programma di screening e gestione della depressione in diversi contesti medici;
- la sperimentazione delle metodologie e degli strumenti dell'Health Technology Assessment;
- i rapporti tra Università e Servizio sanitario nazionale.

7.9 Progetto di ricerca finalizzata "Modello di gestione integrata delle malattie infettive e della diagnostica microbiologica nella comunità ospedale - territorio"

Nel corso del secondo semestre 2008 si è effettuata l'analisi del database della rilevazione delle attività di microbiologia sul territorio nazionale nell'ambito del progetto "Modello di gestione integrata delle malattie infettive e della diagnostica microbiologica nella comunità ospedale – territorio".

I risultati sono stati presentati nell'ambito del Congresso nazionale dell'Associazione Microbiologi Clinici tenutosi in ottobre a Stresa.

È in corso la redazione della relazione finale.

7.10 Progetto ordinario di ricerca finalizzata "Efficacia nella pratica e rapporto costi-benefici di un programma di screening e gestione della depressione in diversi contesti medici"

Il gruppo di progetto si è posto come obiettivo principale di valutare la fattibilità, l'efficacia nella pratica clinica di routine della medicina generale e il rapporto costo/efficacia di un'innovativa attività sistematica di screening della depressione che comprenda la possibilità, per il medico di medicina generale, di disporre di un supporto specialistico psichiatrico per la valutazione e il trattamento dei pazienti identificati come sospetti. Gli obiettivi secondari riguardano la valutazione dell'utilità e dell'applicabilità, nella pratica clinica di routine della medicina generale, di un questionario di screening della depressione messo a punto di recente, e dell'impatto economico per il Ssn dell'adozione della procedura di screening e gestione della depressione.

Il Gruppo di progetto ha sviluppato alcune linee di lavoro rispetto agli obiettivi che si era prefissato. In particolare, sono stati selezionati i medici di famiglia che parteciperanno ai seminari di presentazione dello studio, al fine di avviare la fase di promozione del progetto nei loro studi professionali anche attraverso manifesti e opuscoli e sono stati identificati gli specialisti che si occuperanno dell'ambulatorio dedicato e della consulenza ai medici di famiglia, e anche gli assistenti di ricerca che si occuperanno di recapitare e ritirare i questionari di screening presso gli studi dei medici di famiglia e di compiere le valutazioni di esito telefoniche.

Sono in corso di individuazione gli strumenti di valutazione economica per mettere a punto la metodologia di valutazione dei costi.

7.11 Programma di ricerca strategico "Diagnostica ad elevata complessità e tecnologie per il monitoraggio di pazienti con patologie croniche"

L'attività di ricerca del programma strategico ha avuto inizio il 30 dicembre 2007, ma le attività si sono consolidate solo nei mesi successivi, per la necessità di coordinare l'ampio programma strategico cui afferisce quello dell'Age.Na.S.

Obiettivo del progetto è la diffusione di metodologie per la valutazione sistematica delle tecnologie al livello regionale e aziendale e per la stima del loro fabbisogno.

Obiettivi secondari sono invece rappresentati dalla diffusione delle conoscenze sulle attività di HTA condotte nelle diverse realtà e dal trasferimento delle best practice.

Le U.U.OO. del progetto sono:

- APSS Trento;
- ULSS 9 – Arsenal – Treviso;
- IRCSS San Matteo Pavia;
- Sezione Epidemiologia e sanità pubblica - Dip. Medicina e sc. Invecchiamento G. d'Annunzio Chieti;
- ARSS Emilia Romagna;
- ASR Regione Abruzzo;
- Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma.

Dopo una fase di consolidamento dell'intero programma, l'attività ha avuto inizio ufficialmente il 16 maggio 2008 con il primo Workshop e la prima riunione del Working Group delle unità operative che compongono il comitato scientifico di progetto del quale l'Age.na.s è destinatario istituzionale. In questa sede si è discussa la possibilità dell'utilizzo del Core Model EUnetHTA per tentare la predisposizione di uno o più modelli per la stima del fabbisogno di tecnologie/procedure. In particolare, si ritiene che il core-model, sviluppato per tecnologie/procedure medico chirurgiche e diagnostiche, possa costituire un'utile base per stilare una o più check list che servano da guida per condurre valutazioni di IT e di modelli organizzativi e, in seconda istanza, per enucleare gli elementi di valutazione necessari e sufficienti per la stima del fabbisogno, eventualmente distinti per tipologie di tecnologia/procedura).

Le UU.OO. IRCCS S. Matteo e Arsenal di Treviso sperimenteranno l'applicazione del core-model nel campo dell'Information Technology (IT), e in particolare alla valutazione della gestione informatizzata del farmaco in ambito ospedaliero. L'U.O. Università "G. D'Annunzio" di Chieti supporterà le tre U.O. con compiti sperimentali per la parte relativa alla ricerca della letteratura (revisioni sistematiche), l'U.O. ASR Abruzzo e l'U.O. UCSC approfondiranno gli aspetti formativi e di disseminazione delle valutazioni.

L'U.O. Emilia Romagna collaborerà con l'U.O. ASR Abruzzo e parteciperà all'elaborazione del/i modello/i di stima del fabbisogno, anche riguardo alla applicabilità per tipologie di tecnologie (IT, medical devices ecc.).

In ogni caso il piano delle attività di ricerca sarà reso coerente rispetto agli altri sottoprogetti del programma strategico, in particolare quelli che sperimenteranno il core-model per produrre HTA, garantendo il continuo scambio di informazioni.

7.12 Programma di ricerca integrato oncologico "Monitoraggio delle innovazioni nel campo dei farmaci oncologici."

Nell'ambito del Programma Integrato Oncologico l'Age.Na.S e la sezione ISS partecipa come unità operativa del progetto numero 1 "Monitoring innovations in the field of anticancer drugs" coordinato dalla regione Emilia Romagna e come Destinatario istituzionale del progetto numero 9 "APPLICATION OF HTA METHODS TO THE ASSESSMENT OF INNOVATIONS IN ONCOLOGY: Production of training packages for regional and local NHS units" in qualità di destinatario istituzionale.

Riguardo al primo, nel corso del secondo semestre 2008 è stata attivata l'analisi preliminare della letteratura riguardante l'impatto economico e organizzativo che scaturisce dall'introduzione nella pratica clinica di nuovi farmaci oncologici. Questa analisi generale è stata condotta come base per lo sviluppo di un modello di analisi e valutazione specifico che sarà applicato al farmaco individuato dalla Steering Committee del Programma Integrato.

Riguardo al secondo (progetto n. 9), è stata condivisa la metodologia e lo strumento per la ricognizione presso tutte le unità operative del programma strategico. La ricognizione è stata avviata mediante una scheda di rilevazione in formato elettronico sulle metodologie per la critical appraisal. La ricognizione consentirà:

- la discussione delle nozioni di base dei metodi e degli approcci usati nell'HTA;
- l'identificazione degli strumenti del quality assessment e della critical appraisal utilizzati nell'ambito di ciascun progetto.

7.13 Studio sui rapporti tra Università e SSN

Nell'ambito delle attività afferenti alla convenzione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per la realizzazione del Sistema Nazionale di Verifica e controllo sull'attività sanitaria (SiVeAS) l'Agenzia ha svolto un approfondimento sugli aspetti giuridici dell'evoluzione dei rapporti tra Università e Regioni in materia di istituzione delle Aziende Ospedaliere-Universitarie. A partire dai risultati conseguiti con il Progetto di "Studio sui rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale e Università in tema di assistenza, didattica e ricerca", conclusosi nel febbraio 2007, è stata effettuata una ricognizione della normativa inerente i protocolli di intesa stipulati a livello regionale e successivamente si è proceduto alla elaborazione della proposta di un modello di Protocollo di intesa Regione/Università.

Documenti consultabili on - line

C.O.T.E. Centro di Osservazione delle Technologie Emergenti: il primo workshop operativo

<http://www.asr.it/cote.html>

I tre report HTA:

- test rapidi per l'influenza;
- videocapsula endoscopica;
- protesi d'anca

www.ministerosalute.it/dispositivi/paginainternaf.jsp?id=1202&menu=hta

8. Misurare qualità, efficienza ed equità per decidere

Monitoraggio delle variabili di qualità, efficienza ed equità²⁰

8.1 Descrizione e valutazione dei bisogni e dei consumi sanitari della popolazione, e quindi del livello di copertura dei LEA, mediante analisi dei dati delle inchieste di popolazione ISTAT

Collaborando attivamente con l'Istat e con la Regione Piemonte che ha ricevuto dal Ministero della Salute l'incarico di incentivare lo sviluppo delle attività di analisi dei dati delle Indagini Multiscopo sulla salute e l'utilizzazione dei servizi, Age.Na.S. ha costituito un gruppo regionale allo scopo di creare un modello di analisi intraregionale e di raccogliere contributi ed analisi.

È stato infatti pubblicato un quaderno completo di Monitor con numerosi articoli prodotti sia direttamente da Age.Na.S. che dall'Istat e dalle Regioni.

Il quaderno è stato presentato alla Conferenza nazionale di statistica ed ha ricevuto i complimenti da parte del Presidente dell'Istat. Sono previste diverse iniziative regionali e nazionali per la presentazione del quaderno e delle analisi in esso contenute.

8.2 Analisi metodologica e sperimentazione di un cruscotto nazionale consistente in pochi macro indicatori sintetici che permettano di cogliere lo stato e l'andamento delle realtà sanitarie regionali nelle loro diverse componenti

L'argomento è oggetto di analisi ed elaborazione nell'ambito del gruppo di lavoro del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali che si occupa dell' "Aggiornamento del sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". All'Age.Na.S. è stato affidato il coordinamento del sottogruppo degli indicatori ospedalieri. L'impostazione metodologica del lavoro è frutto delle linee proposte da un documento della stessa Age.Na.S.

La progettazione di questi indicatori è terminata ed è in corso la loro discussione ed implementazione.

²⁰ A cura della sezione *Livelli Essenziali di Assistenza - Monitoraggio della Spesa Sanitaria*

8.3 Collaborazioni con attività attinenti al tema dell'equità in sanità

L'Age.Na.S. ha prodotto varie analisi di dati sul tema dell'equità e ha mantenuto costantemente rapporti con ricercatori che si occupano attivamente del tema. Sono stati approfonditi, in particolare, alcuni aspetti metodologici tra i quali il significato dell'uso di indicatori individuali e di indicatori di contesto che fanno emergere risultati tra loro apparentemente contrastanti e connotano diversamente le situazioni di diseguità.

L'attività in corso di istruttoria merita di essere citata, in particolare, quella riguardante gli aspetti economici delle diseguità e la valutazione dei costi sociali di quelle in ambito sanitario.

L'attività svolta ha consentito di pubblicare diversi articoli su riviste di settore (Politiche Sanitarie, Società e Salute).

8.4 Analisi dei sistemi di valutazione della efficienza, dell'economicità e della funzionalità dei servizi sanitari regionali

Age.Na.S. ha promosso varie occasioni di confronto tra le Regioni su questo tema. Alcune riflessioni sono state pubblicate su un quaderno monografico di Monitor, all'interno del quale è riportato, tra l'altro, un contributo metodologico. Affiancandosi al gruppo di lavoro di REMOLET si è ora proposto alle Regioni di lavorare su questi temi per produrre una linea guida sulla valutazione e per la elaborazione di uno schema di riferimento utile per le Regioni che non abbiano le risorse per elaborarne uno autonomamente.

8.4.1 Sistema di finanziamento dei Servizi sanitari regionali e tariffe delle prestazioni sanitarie²¹

Il sistema di finanziamento delle strutture che svolgono attività nell'ambito del SSN è articolato, secondo quanto previsto dal Dlgs 502/92, prevedendo un ammontare globale predefinito ed un finanziamento prospettico, basato su tariffe predefinite per le prestazioni sanitarie.

Le regioni e province autonome, nei limiti della propria autonomia, hanno articolato il sistema di finanziamento del proprio servizio sanitario adottando modelli differenziati, secondo i propri obiettivi di programmazione, in relazione alle specificità locali.

²¹ A cura della sezione *Monitoraggio Costi e Tariffe del Ssn*

A oltre dieci anni dall'introduzione del sistema di remunerazione prospettico, è stata presentata una riflessione sulle criticità delle tariffe nel SSN nell'ambito del convegno della Associazione Italiana di Economia Sanitarie (AIES) del 9-10 ottobre 2008, affrontando le problematiche relative al ruolo ed al significato di tariffe nazionali e regionali e ipotizzando possibili contesti di evoluzione.

Nel II semestre 2008, nell'ambito delle attività inerenti al gruppo di lavoro per l'approfondimento delle tematiche connesse alla determinazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie, è stata effettuata la ricognizione delle tariffe delle prestazioni specialistiche ambulatoriali adottate in tutte le regioni. Sulla base dei tariffari sono state svolte analisi per valutarne la variabilità tra regioni allo scopo di fornire al Ministero della salute informazioni utili alla definizione di un aggiornamento delle tariffe.

Inoltre, è stata svolta una analisi dei sistemi di finanziamento in 14 regioni (le sole che hanno aderito alla richiesta di trasmettere la propria normativa o per le quali la normativa era disponibile nei siti web: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Sicilia), volta ad analizzarne le diverse componenti: criteri di ripartizione del fondo sanitario regionale, sistemi di finanziamento delle funzioni assistenziali, sistemi di remunerazione tariffaria, sistemi di controllo esterno e di verifica dell'appropriatezza.

La ricognizione ha evidenziato, sia differenze nella ripartizione del finanziamento tra quote destinate alle funzioni assistenziali e quote destinate alla remunerazione tariffaria, sia differenze nella definizione ed articolazione del sistema di remunerazione tariffaria dei ricoveri ospedalieri per acuti e di riabilitazione. Le difformità riscontrate confermano la stretta correlazione tra le diverse componenti del sistema di finanziamento che se valutate disgiuntamente possono condurre a conclusioni inattendibili.

La conoscenza delle peculiarità dei sistemi di finanziamento regionali è utile nella valutazione dei sistemi di offerta e di domanda di prestazioni. A tal proposito, anche sulla base dei dati REMO-LET, sono in corso analisi per la valutazione di alcuni fenomeni relativi all'attività sanitaria - ed ospedaliera in particolare - quali la deospedalizzazione, la diffusione di ricoveri organizzativamente inappropriati, la variazione del case-mix. Le analisi saranno ampliate ed approfondite nel corso del 2009 sia con riferimento a i temi affrontati, sia estendendole ad altre tipologie di prestazioni sanitarie ed a tal proposito si sta valutando la possibilità di accedere a ulteriori fonti informative.

È in corso l'inserimento delle relazioni e ricognizioni nel sito internet di Age.Na.S.

Analisi delle dinamiche della spesa sanitaria nelle singole Regioni con la elaborazione di modelli per la raffrontabilità dei dati di attività e di spesa, finalizzati a garantire la possibilità di controllo e verifica da parte delle Regioni e degli Enti Locali sui risultati annualmente raggiunti²²

8.5 Analisi dei costi di produzione mediante i modelli CE: confronto con le attività prodotte

Le analisi dei CE regionali sono state ultimate ed è stata predisposta la loro pubblicazione sul sito con una transcodifica delle poste più leggibile anche da parte dei non addetti ai lavori. Oltre alle tabelle sono stati predisposti numerosi grafici che illustrano l'andamento di differenti aspetti esaminati. Sono state studiate anche le coerenze tra i valori di differenti fattori produttivi, mentre non è stata ancora realizzata l'analisi dei costi in funzione dei volumi di attività. Queste analisi, infatti, necessitano della risoluzione preventiva di diversi problemi metodologici e, in particolare, della valorizzazione delle attività.

8.6 Analisi dei valori dei consumi mediante i modelli LA: confronto con i volumi delle prestazioni consumate dalla popolazione e con il loro fabbisogno

L'analisi incrociata dei bisogni e dei consumi è stata effettuata utilizzando i dati dell'indagine multiscopo. I modelli LA sono stati analizzati per evidenziare le diversità tra le regioni e si sono incominciate a studiare modalità di risk adjustment che rendano questi confronti realmente informativi.

È stato messo a punto un sistema di valutazione dell'attività ospedaliera capace di misurare unitariamente la quantità di attività prodotta e quindi di confrontare questa con i costi di produzione.

Questo sistema consiste nella definizione di Unità di Assistenza Ospedaliera e di conteggio delle unità equivalenti in tutti i diversi settori ospedalieri; il peso delle differenti prestazioni è ottenuto attraverso la loro valorizzazione tariffaria.

²² A cura della sezione *Livelli Essenziali di Assistenza - Monitoraggio della Spesa Sanitaria*

8.7 Approfondimenti teorici sulla concettualizzazione e sulla praticabilità delle definizioni di costo standard

Si è approfondita la tematica dei costi standard soprattutto in relazione alle ipotesi del loro utilizzo per la definizione del fabbisogno finanziario della sanità e del riparto delle risorse tra le Regioni.

Al proposito si sono pubblicati diversi articoli sull'argomento partecipando in modo molto presente al dibattito tecnico-politico in corso.

Oltre a quelle già descritte si ricordano anche le seguenti attività svolte dalla sezione *Livelli essenziali di assistenza – Monitoraggio della Spesa Sanitaria*:

- Partecipazione permanente al tavolo di monitoraggio dei LEA del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali;
- Partecipazione permanente al tavolo di valutazione degli adempimenti per il quale si è lavorato alla valutazione dei piani regionali di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.
- Attività di arbitraggio per questioni relative alla mobilità interregionale con il compimento di tre procedimenti e l'avvio di altri quattro.

9. Alla ricerca della formazione continua

Supporto alla Commissione E.C.M. e coordinamento di iniziative nazionali²³

9.1 Assicurare il funzionamento del sistema nazionale di formazione continua, supportando la governance dei soggetti istituzionali e professionali coinvolti nella Commissione nazionale e negli organismi previsti dall'intesa Stato-Regioni dell'1.8.2007

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'Age.Na.S.. 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 ECM per il triennio 2008-2010, prevede, infatti, che la Commissione Nazionale e gli organismi che la corredano (Osservatorio Nazionale, Consulta e Comitato tecnico delle Regioni) vengano collocati presso l'Age.Na.S..

Nel secondo semestre 2008, per quanto attiene l'ECM, l'Age.Na.S. ha proseguito con le seguenti attività:

Supporto alla Commissione Nazionale e alle sue articolazioni

Il 30 ottobre 2008 si è insediata la nuova Commissione nazionale per la Formazione Continua, ricostituita con DM 24 settembre 2008, poiché, a seguito delle osservazioni sollevate dalla Corte dei Conti relative ai criteri di individuazione dei componenti della Commissione, con particolare riferimento all'inserimento del nominativo del Presidente e dei membri di diritto, si era reso necessario, da parte dell'Amministrazione, il ritiro del precedente provvedimento al fine di conformarlo alle indicazioni della Corte.

In attesa che venga ridefinito il nuovo assetto, secondo l'impianto dettato con l'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2007 con completamento della nomina di tutti gli organismi di supporto della Commissione Nazionale (Osservatorio e Consulta nazionale della formazione permanente) e si proceda con il riordino del sistema ECM, secondo le linee programmatiche annunciate dal Sottosegretario nella riunione di insediamento, che puntano l'attenzione soprattutto sui provider

²³ A cura del settore *Educazione Continua in Medicina*

pubblici e sul coinvolgimento delle strutture del Ssn, l'Age.Na.S ha proseguito con la sua attività di supporto ai lavori del Comitato tecnico delle Regioni per l'ECM.

In occasione degli incontri, tenutisi presso la sede Age.Na.S e con il coordinamento dei lavori da parte dell'Agenzia stessa, il Comitato ha approvato il documento su "Criteri per l'accreditamento dei provider". Inoltre, in conformità agli indirizzi di attività attribuiti all'Agenzia, dalla Conferenza Unificata del 20 settembre 2007, è stato avviato, in collaborazione le Regioni e le Professioni, un gruppo di lavoro finalizzato allo studio delle procedure di registrazione e certificazione dei crediti ECM volto alla individuazione della corretta raccolta dei dati per il monitoraggio del sistema, in particolare per quanto riguarda i provider, gli eventi e i crediti erogati. Sono stati definiti alcuni aspetti per consentire ai vari sistemi anagrafici di dialogare tra loro, dal codice di assegnazione ai vari eventi, alla identificazione dei sanitari con doppia iscrizione agli albi, le tipologie degli eventi formativi, il ruolo dei partecipanti agli eventi (docenti, tutor, discenti). È stato, inoltre, condiviso il documento con le "Informazioni minime per il tracciato standard dei flussi informativi ECM".

Per quanto riguarda, poi, l'interscambio dei dati nel sistema ECM, è stata avviata una collaborazione con il Cogeaps e le Regioni al fine sia di verificarne la fattibilità tecnica che di quantificare l'impegno necessario alla ricostruzione di un data base nazionale della partecipazione agli eventi ECM a partire dal 2002.

Inoltre, sono stati affrontati temi di carattere generale quale il dossier formativo, è stato costituito un tavolo ristretto con le Regioni per "l'individuazione delle quote percentuali di crediti acquisibili a seconda del tipo di formazione"; per quanto riguarda "sponsorizzazioni e conflitto di interesse", è in fase di organizzazione un Seminario operativo di approfondimento, che preveda il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, Aifa, Farmindustria da realizzarsi entro i primi mesi del 2009.

Gestione amministrativa del Programma ECM

Il 31 dicembre è scaduta la Convenzione stipulata tra Age.Na.S ed ex Ministero della salute, volta ad assicurare la corretta graduale trasferimento delle competenze tecniche, scientifiche, amministrative ed informatiche, dal Ministero all'Agenzia, in attesa che quest'ultima si doti degli spazi necessari per ospitare il sistema nella sua complessità. (ex Legge 244/2007)

In considerazione dell'esigenza di garantire il corretto funzionamento del sistema ECM così come definito nell'accordo del 1° agosto 2007 e nelle more dell'adozione di una nuova convenzione coerente con gli orientamenti espressi nella riunione della Commissione Nazionale ECM il 10 dicembre 2008, l'Age.Na.S ha sottoposto all'attenzione del Ministero una proroga della Convenzione in essere.

10. Monitoraggio dei Piani di Rientro

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 è stata stipulata da questa Agenzia una apposita convenzione con il Ministero della Salute.

Nell’ambito di tale contesto e in attuazione degli indirizzi delineati, 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 e a svolgere il ruolo di stimolo e di coordinamento, anche finanziariamente supportata, nei confronti delle Regioni coinvolte nelle partnership per il processo di attuazione dei singoli Piani di Rientro.

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 – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema. Inoltre, l’Agenzia deve garantire lo svolgimento di funzioni di coordinamento delle regioni coinvolte nelle partnership, attraverso il collegamento ed il confronto delle esperienze e delle misure adottate, nonché attraverso la stipula di apposite convenzioni con ciascuna Regione coinvolta nella partnership, per supportare finanziariamente lo svolgimento e regolare i criteri e le modalità di svolgimento dei compiti di supporto operativo e gestionale, anche in collaborazione con i competenti uffici del Ministero della Salute.

10.1 Metodi e strumenti

L’attività ha riguardato inizialmente l’analisi di tutti i Piani di Rientro delle Regioni col disavanzo, Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Sicilia, delle normative ad essi collegate emanate dal gennaio 2007 e già validate dal Tavolo degli Adempimenti e di tutti i documenti consegnati dal Ministero della Salute propedeutici per lo studio dei Piani.

Si è proceduto a progettare una scheda di sintesi che individua la struttura dei singoli Piani approvati e si è proceduto alla progettazione di una metodologia del monitoraggio degli obiettivi, azioni, risultati attesi di ciascun Piano che trova riscontro in una Griglia di sintesi orientata a omogeneizzare il linguaggio degli elementi fondamentali presenti nei Piani.

		Obiettivo generale
		Obiettivo specifico
		Obiettivo operativo
		Azioni
		Adepiimenti per il raggiungimento dell'obiettivo
		Responsabilità
		Risultati attesi
		Risultati intermedi
		Indicatori
		Indicatori da integrare
		Fonti informative
		Disponibilità del dato: 0=No, 1=Si
		Disponibilità a livello centrale del dato 0=No, 1=Si
		Numero regioni che presentano lo stesso indicatore
		Tipo di indicatore: 1= di ri-organizzazione 2= di struttura 3= di costo 4= di output-outcome 5= di processo
		Indicatore del Link con i dati del CE
		Rilevanza impatto economico: 1=Bassa, 2=Media, 3=Alta
		Rilevanza impatto sul sistema
		Indicatore di ranking
		% su risparmio totale
		Note

L'attività si è caratterizzata per l'affiancamento delle Regioni, laddove è stato fino ad oggi richiesto dagli Assessorati, con interventi in particolare orientati al supporto nella definizione delle strategie di razionalizzazione collegate al Piano e nella stesura dei Provvedimenti in particolare di riordino delle aziende, di riprogettazione della rete ospedaliera e territoriale, di miglioramento della appropriatezza di tutte le attività e di sviluppo della gestione del cambiamento.

Tale attività, descritta più avanti in modo specifico, è stata svolta anche con missioni sul campo e con affiancamento diretto alla direzione degli Assessorati.

L'attività di Monitoraggio dei Piani di Rientro è stata compiuta attraverso un continuo confronto col Ministero della Salute, in particolare col Direttore Palumbo, con il responsabile del Ufficio X nonché con gli altri consulenti Siveas che lavorano sui Piani di Rientro.

Gli incontri si sono svolti anche con i responsabili del Ministero dei Flussi Informativi ospedalieri, dei Sistemi Informativi, Analisi economico finanziaria della spesa per confrontarsi sulle tempistiche di reperimento dei flussi a livello centrale.

La partecipazione al Tavolo degli Adempimenti presso il Ministero dell'Economia è stata garantita costantemente durante tutte le valutazioni dei Piani di Rientro di tutte le Regioni coinvolte. Per quanto riguarda l'attività di monitoraggio sono state sempre aggiornate le Griglie di Valutazione per le aree di competenza dell'Agenzia, come richiesto dal Ufficio X, e sono state inviate successivamente al Ministero della Salute.

Sono state inoltre realizzate le relazioni semestrali e le reportistiche di tutta la attività svolta all'interno della Convenzione Siveas ed è stata sempre garantita la partecipazione al Tavolo del Ministero dell'Economia durante gli incontri di monitoraggio di tutte le regioni col Piano di Rientro.

Un confronto e uno scambio di informazioni e di conoscenze sui Piani e sui contesti operativi di svolgimento dell'attività sono state fornite con continuità e puntualità al Ministero della Salute ed Economia per garantire la necessaria comprensione dei processi e integrazione delle diverse funzioni.

10.2 Interventi di supporto alle Regioni

Le Griglie costruite per il monitoraggio sono state arricchite in modo da renderle strumento operativo di lavoro nell'incontro e confronto con i dirigenti delle Regioni e la loro applicazione ha consentito alla Agenzia, nonostante la complessità oggettiva dei diversi sistemi regionali, di sistematizzare facilmente tutti i Piani e di riuscire a conoscere, in breve, le realtà e, di conseguenza, tutte le principali criticità di input, output e di costo.

Ma anche le criticità dei processi informativo, culturale, istituzionale, di cambiamento e, al tempo stesso, di riuscire ad individuare le possibilità per il loro superamento.

Su queste basi, in particolare, si è potuto costruire il metodo per svolgere la funzione di affiancamento della Regione Sicilia che, per prima tra tutte le regioni, ha chiesto il supporto dell'Agenzia sulla realizzazione dell'intero Piano di Rientro.

Il lavoro di monitoraggio ha permesso di individuare delle priorità fondamentali su cui concentrarsi, in modo particolare gli aspetti di riordino strutturale come la rimodulazione della rete ospedaliera e territoriale, la riconversione degli ospedali in strutture alternative alla degenza per acuti, la riqualificazione e concentrazione delle Aziende.

Il punto di partenza in tema di riprogettazione e riorganizzazione, è rappresentato dall'analisi della domanda di un territorio e il metodo seguito dalla Agenzia, consiste nella conoscenza del ricovero ospedaliero con tutte le sue caratteristiche (sia della "domanda": diagnosi, patologie concomitanti, età, sesso, complessità, luogo di residenza, che dell'"offerta": prestazioni, durata degenza). Tale approccio costituisce la base per poter comprendere, non solo la domanda e l'attività ospedaliera oggetto dell'analisi, ma anche di costruire l'intero processo clinico-assistenziale prima e dopo le fasi di ospedalizzazione (prevenzione, diagnosi precoce, controllo, riabilitazione, ecc).

Ciò permette di analizzare il percorso della malattia e i fabbisogni corrispondenti in tutte le sue fasi, affinché si possa trovare una correlazione appropriata tra i bisogni espressi e le risorse consumate.

La dinamica del bisogno è la variabile fondamentale da cui partire per un'efficace azione di razionalizzazione, ma occorre tenere presente il fatto che l'attività sanitaria si è completamente modificata con l'evoluzione tecnologica e scientifica. Quest'ultima ha determinato un'estrema specializzazione e diversificazione dell'offerta a cui, al tempo stesso, non ha risposto una sufficiente integrazione organizzativa. Da un lato l'evoluzione e la relativa specializzazione sulla malattia

hanno comportato notevoli progressi, dall'altro hanno determinato una crescente necessità di integrazione sul malato e di collegamento tra le diverse strutture sanitarie. Di conseguenza la priorità da ricercare non è solo nella risposta al singolo bisogno, ma nell'efficacia e nell'efficienza del servizio complessivo al paziente e ai suoi molteplici bisogni.

Questo approccio permette di ridisegnare anche le responsabilità dei diversi attori: Istituzioni, Aziende pubbliche e private, professionisti, operatori, ecc, poiché attraverso l'analisi del processo assistenziale e dei fabbisogni corrispondenti è possibile ottenere condivisione sulla riprogettazione dell'offerta nella sua globalità lungo tutta la rete di strutture e funzioni ospedaliere e territoriali.

Questo è il processo più difficile e complesso da avviare e dalla cui realizzazione dipendono e si potranno implementare tutti gli altri processi quali: la riqualificazione del personale, il rapporto col privato, i protocolli con le Università, l'appropriatezza dei ricoveri, il sistema tariffario, il processo di Accreditamento e quelli di acquisto.

10.3 Regione Siciliana

A giugno è iniziata l'attività di supporto dell'Agenzia alle regioni per la realizzazione del Piano e, su invito dell'Assessore della Regione Siciliana, si è effettuato un supporto alla stesura del Provvedimento sulla Rete Ospedaliera con una missione svolta a Palermo presso l'Assessorato.

L'Agenzia ha immediatamente iniziato il proprio intervento operativo attraverso la proposta di una metodologia di lavoro condivisa con i dirigenti e con l'Assessore. La metodologia risponde alla necessità della Analisi della Domanda dei ricoveri e dell'Offerta delle strutture pubbliche e private a livello regionale e provinciale, aggiornata al 2007; ha avuto lo scopo di conoscere in maniera condivisa la situazione esistente e riconoscere le criticità del sistema per poter stendere il provvedimento in modo più puntuale.

La missione si è conclusa con un lavoro svolto a distanza e una relazione inviata, oltre al Direttore dell'Agenzia, anche al Dott. Palumbo del Ministero della Salute, al Dott. Massicci del Ministero dell'Economia e all'Assessore della Sicilia.

La collaborazione con la Regione è continuata nel mese di luglio attraverso frequenti contatti telefonici con i dirigenti regionali mentre il 21 e 22 luglio è stata effettuata un'altra missione in Sicilia con una Unità Operativa dell'Agenzia allargata a due esperti, il Dott. Angelo Rossi e il Dott. Giancarlo Rossini.

Il Gruppo di Lavoro della Agenzia (GdLA) si è dedicato all'individuazione dei criteri di raccolta dei Flussi Informativi relativi alla Rete Ospedaliera, alla Specialistica Ambulatoriale Convenzionata, alla Farmaceutica e Assistenza Primaria e Socio-Assistenziale orientata alla definizione del riordino. Inoltre è stata realizzata una attività di carattere gestionale attraverso la individuazione delle fonti di spesa relative a contratti e acquisti per la valutazione di come intervenire nella razionalizzazione, anche sulla base di altre esperienze nazionali.

La missione si è conclusa con l'analisi dei flussi identificati e la valutazione di alcune criticità che sono state espresse all'Assessore insieme alla definizione degli obiettivi da raggiungere nelle successive due settimane da parte dell'Agenzia e dell'Assessorato.

Inoltre durante lo stesso periodo, si è avviato l'Affiancamento della Regione Lombardia alla Sicilia, di cui l'Agenzia sta curando il coordinamento per garantire la massima efficacia di tutti gli interventi dei singoli dirigenti, oltre al supporto amministrativo.

Nel mese di agosto è stata compiuta una nuova missione in Sicilia nei giorni 5 e 6, dove si è proseguito il lavoro in particolare sulla Rete ospedaliera.

L'Agenzia ha consegnato un lavoro di analisi sui ricoveri ospedalieri del 2007 con il supporto dell'Osservatorio Epidemiologico della regione attraverso una metodologia già applicata in altri territori che è orientata a conoscere la domanda di ricovero con le informazioni presenti sulle schede di dimissione ospedaliera. Attraverso tale metodologia si è calcolato il fabbisogno di posti letto per provincia tenendo conto di variabili come i ricoveri inappropriati, l'efficienza delle strutture, i ricoveri impropri a livello diurno, criteri di attività di alta complessità, eccetera.

La metodologia è utile per impostare una progettazione della rete ospedaliera che sia omogenea e rispettosa della domanda della popolazione (mobilità passiva intra ed extra regionale) e per ridurre la inappropriata offerta (DPCM LEA 2001 ma anche secondo il nuovo decreto 2008), l'inefficienza determinata da bassi tassi di occupazione, duplicazioni, ripetizioni, scarsi volumi di attività (in particolare nei parti e attività pediatrica, nella riabilitazione) ma anche volumi troppo alti di attività come, in particolare, i ricoveri diurni e la specialistica ambulatoriale.

Lo scopo di questa analisi è stato quello di trasferire alla regione una metodologia e un approccio razionale che tende a conoscere il fabbisogno sui consumi ospedalieri attuali che sono significativamente inappropriati e riprogettare l'offerta cercando di portare i ricoveri per 1000 da circa 250 al 180.

Il lavoro è proseguito nella missione del 2 settembre orientata a valutare l'applicazione del metodo descritto sopra attraverso la definizione della rete ospedaliera da parte del Gruppo di Lavoro della Regione. Questa attività è stata sviluppata con suggerimenti e osservazioni nonché arricchito con ulteriori approfondimenti sulle reti cliniche affinché il Piano di Rientro fosse ancor più coerente e rigoroso. Inoltre l'Agenzia ha dato il suo supporto nella stesura del provvedimento conseguente che è stato consegnato ai Ministeri per la valutazione.

La missione, come espresso nei verbali dei professionisti coinvolti del Gruppo di Lavoro della Agenzia, ha affrontato anche le Aree della Assistenza Primaria, Assistenza Socio Assistenziale, Acquisti, Farmaceutica, gli aspetti giuridici di riferimento anche per la realizzazione del Piano di Rientro e gli strumenti aziendali per la gestione economico finanziaria e la riduzione della spesa.

Il lavoro di affiancamento è continuato attraverso supporto a distanza alla Regione Sicilia per la preparazione dei Provvedimenti da consegnare al Tavolo degli Adempimenti il 25 settembre e, inoltre, con l'organizzazione di due missioni sul campo per la stesura della Legge di Riordino del Servizio Sanitario Regionale che prevede la riduzione delle Aziende da 29 a 14, caratterizzata in particolare dalla presenza di 9 Aziende Sanitarie, una per ogni provincia, e gli accorpamenti di numerose Aziende Ospedaliere.

Nei mesi di ottobre e novembre l'Agenzia ha proseguito il supporto alla Regione Siciliana attraverso alcune missioni a Palermo orientate a una nuova organizzazione dell'Assessorato.

In particolare si è affiancato l'Assessore nella presentazione del Piano di riordino ospedaliero alla Sesta Commissione e alla rimodulazione del Provvedimento sulla base delle nuove indicazioni emerse.

Il lavoro è stato caratterizzato da stretto coordinamento con i Ministeri, i consulenti Siveas e i dirigenti dell'affiancamento della Regione Lombardia.

Nel mese di dicembre l'Agenzia ha supportato la Regione Sicilia nella stesura di un nuovo Provvedimento di riordino della rete ospedaliera e territoriale orientato alla rimodulazione dei posti letto che rispondano alle direttive del Piano di Rientro per il 2009. Il lavoro è stato completato con la stesura delle Linee Guida ai Direttori Generali per la discussione del budget che è attualmente in via di preparazione.

Il Gruppo di Lavoro si è avvalso anche della collaborazione di consulenti del Siveas in particolare della Dott.ssa Banchemo con cui vi è stata una attività intensa sia presso la regione che a distanza.

Vi sono stati anche alcuni incontri, di cui uno a Milano, con il Direttore Zocchetti della Regione Lombardia con l'obiettivo di coordinare anche il suo contributo all'affiancamento in particolare sui Flussi Informativi principali della Regione.

Si ricorda, inoltre, che durante questi mesi l'Agenzia ha collaborato strettamente con l'Assessore e il suo Gabinetto nella organizzazione di due Convegni orientati alla diffusione degli obiettivi del Piano di Rientro e al processo di cambiamento culturale ad esso correlato.

10.4 Regione Molise

Nel mese di luglio anche la Regione Molise ha chiesto alla Agenzia il supporto per il Piano di Rientro, in particolare è stato chiesto l'affiancamento nella progettazione di un sistema di valutazione dei ricoveri ospedalieri come previsto da un obiettivo del Piano. L'Agenzia ha provveduto a organizzare le attività e il supporto attraverso alcuni incontri con i Dirigenti della Regione e il coinvolgimento dell'ASP Lazio, su indicazione del Ministero della Salute, per quanto riguarda le competenze sul tema.

Dal mese di settembre si è proceduto a coordinare i dirigenti della Regione con quelli dell'ASP Lazio per la analisi dei flussi ospedalieri e delle responsabilità delle funzioni ad essi correlate nonché per il supporto alla progettazione di un Centro di controllo e di valutazione dell'attività ospedaliera da proporre in breve tempo affinché la regione sia operativa dal nuovo anno.

A questo proposito l'Agenzia ha compiuto un lavoro di coordinamento e di controllo della realizzazione del Progetto anche attraverso la elaborazione dei dati delle Schede di Dimissione, l'analisi della appropriatezza e la progettazione organizzativa e gestionale del Progetto di fattibilità. Successivamente il DG del Molise ha chiesto all'Agenzia anche un'analisi dei fabbisogni ospedalieri orientata alla valutazione del Fabbisogno di posti letto e all'individuazione dei tetti di spesa delle strutture private all'interno del supporto previsto dalla Convenzione Siveas.

Si è subito provveduto ad analizzare la domanda e offerta ospedaliera 2007 e a confrontarla con i dati del 2005 di cui il gruppo della Agenzia aveva elaborato le SDO.

Il 18 dicembre l'Agenzia Sanitaria del Lazio ha presentato il Progetto sul Centro di Controllo e di valutazione dell'attività ospedaliera di cui l'Agenzia ha messo a conoscenza il Direttore Palumbo e anche il Tavolo degli Adempimenti il giorno 19 dicembre durante l'incontro per la valutazione del Molise presso il Ministero dell'Economia.

Si sottolinea che durante la stessa riunione Tavolo e Comitato Lea hanno invitato l'Agenzia Nazionale a dare ogni utile supporto alla Regione Molise per la valutazione del Fabbisogno di assistenza sanitaria allo scopo di raggiungere questo importante obiettivo del Piano entro il 31 gennaio 2009.

Si è immediatamente provveduto a continuare l'analisi della domanda e offerta ospedaliera 2007 già avviata con approfondimenti legati alle specifiche criticità della situazione che, in particolare, riguardano la mobilità attiva, i ricoveri ripetuti e l'inappropriatezza di ricovero di alcune patologie.

La Regione Molise ha già assunto con un Provvedimento il progetto dell'ASP Lazio e sottoposto alla validazione dei Ministeri.

10.5 Conclusioni

In conclusione per quanto riguarda la funzione complessiva dell'Agenzia nell'affiancamento, in considerazione degli aspetti metodologici descritti e dopo la seppur brevissima esperienza, si ritiene che le azioni operative principali siano:

- facilitare l'introduzione di metodologie di audit e l'uso di strumenti come il "lavoro di Gruppo e per processi" al fine di sviluppare cooperazione tra le istituzioni, creare consenso nei portatori di interesse, trasferire le pratiche migliori presenti nel Paese, realizzare progetti di fattibilità in una sorta di processo di formazione orientato alla crescita delle competenze delle risorse umane disponibili ma anche della loro responsabilità;
- comprendere ed individuare le competenze ed esperienze professionali necessarie a superare le criticità e, inoltre, garantirne l'utilizzo razionale ed efficiente attraverso una funzione di coordinamento continuo;
- intervenire costantemente da stimolo allo sviluppo del processo di cambiamento culturale;
- supportare il Piano di Comunicazione a tutti i livelli: istituzionale (regioni, comuni, sindacati, ecc.), professionale (medici, infermieri, università), cittadini (associazioni dei pazienti, volontariato, ecc.) con un linguaggio specifico orientato alla chiarezza della condivisione di obiettivi, risorse, responsabilità e, anche, alla capacità di misurare i risultati attesi nel breve e lungo periodo.

L'applicazione sul campo degli strumenti e metodi descritti, attraverso il confronto con i dirigenti delle Regioni, quelli dei Ministeri della Salute e dell'Economia, nonché delle Regioni partner, consente e consentirà di verificarne la validità e compiere correzioni e miglioramenti per renderli sempre più puntuali ed efficaci rispetto alle modifiche del sistema.

Sicuramente l'esperienza dimostra che è necessaria la massima attenzione e condivisione, delle informazioni e della conoscenza della realtà regionale, affinché si possa garantire lo stimolo e il supporto adeguato, tempi certi di realizzazione del Piano e, di conseguenza, affidabilità e credibilità di tutto il Sistema.

Affari Generali e Gestione del Personale²⁴

Alla Sezione Affari Generali e Personale sono affidate le attività di funzionamento e la gestione delle risorse umane dell'Ente. Nella sintetica relazione che segue sono state pertanto evidenziate le principali attività svolte nel secondo semestre 2008 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.

Attività di ricerca - finalizzata, strategica, oncologica e corrente.

La Sezione cura tutti gli aspetti amministrativi e gestionali delle attività di ricerca svolte dall'Agenzia, attraverso:

- la predisposizione della documentazione (convenzione, protocolli di intesa, schede rendiconto, ecc.) necessaria alla regolare attuazione delle attività progettuali;
- il costante supporto alle Unità Operative coinvolte nei progetti;
- la predisposizione dei contratti di collaborazione con i consulenti di ricerca;
- il sistematico contatto con la direzione competente in materia del Ministero finanziatore.

Nel corso del semestre si sono curati gli aspetti amministrativi relativi alla conclusione di uno dei tre progetti di ricerca finalizzata anno finanziario 2005, nonché alla cura degli aspetti amministrativi del progetto ordinario di ricerca finalizzata - anno 2006, tuttora in corso di svolgimento.

Sempre nel medesimo semestre la Sezione ha predisposto gli schemi di convenzione volti alla corretta disciplina delle attività di ricerca previste nei programmi di ricerca strategica e integrata oncologica. Detti schemi sono stati tutti adottati dal Consiglio di Amministrazione che li ha approvati con proprie deliberazioni.

È stata predisposta la documentazione amministrativa prevista per la conclusione del primo anno di attività dei due progetti strategici 2006 di cui questa Agenzia è Capofila.

Sono state formalmente avviate le attività relative al programma di ricerca corrente 2007 che dovrà concludersi il prossimo 30 giugno 2009.

²⁴ A cura della sezione *Affari Generali e Personale*

Si allegano due tabelle nelle quali sono riassunti i progetti ed i programmi di ricerca finalizzata (Tabella 1) e corrente (Tabella 2) in essere.

Gestione del personale

Nel corso del semestre in esame sono state assicurate le attività ordinarie di gestione del personale in coerenza con le disposizioni giuridiche ed economiche contenute nel relativo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (2006-2009) e nelle relative norme (D.Lgs.165/2001, ecc.) .

Nell'ambito delle procedure di stabilizzazione (L.296/2006, art.1, comma 519) riguardanti 26 unità di personale sono stati completati gli adempimenti derivanti dalla stabilizzazione di 21 unità di personale la cui assunzione era stata autorizzata l'assunzione con il DPR 29.12.2007. In particolare si è proceduto alla liquidazione dei trattamenti di fine rapporto (TFR).

Nel corso del mese di dicembre, nelle more del rilascio della prevista autorizzazione alla stabilizzazione delle ulteriori 5 unità di personale, si è provveduto a prorogare al 30 giugno 2009 - in coerenza con le previsioni di legge - il termine originario di conclusione dei contratti di lavoro di cui trattasi.

Nel corso del semestre in esame la sezione AGP ha curato, nell'ambito della dotazione organica di personale e nei limiti dei posti vacanti, la procedura di mobilità volontaria in entrata di due unità di personale. Si allega tabella riepilogativa dell'organico del personale dipendente al 31.12.2008 (Tabella 3).

Entro i rispettivi termini previsti è stato completato l'adempimento on-line relativo alla rilevazione "Anagrafe delle prestazioni" attraverso specifico account dell'Agenzia, attivo presso il sito dedicato (www.anagrafeprestazioni.it) della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica.

Nel corso del semestre in argomento questa Sezione ha curato, su incarico del Coordinamento Tecnico della Commissione Salute, le attività volte all'espletamento del Concorso nazionale di formazione specifica in medicina generale edizione 2008/2011. In particolare, nel rispetto del necessario riserbo, è stata predisposta la documentazione destinata alle Commissioni di concorso istituite nelle singole regioni e province autonome e si è, altresì, avviata e svolta la procedura di fornitura del materiale destinato ai candidati, curando i rapporti con l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato ai fini della stampa, confezionamento e consegna dedicata del materiale di concorso.

Relazioni sindacali

Nel corso del secondo semestre 2008 si è concluso, previa verifica della compatibilità economico - finanziaria da parte del Collegio dei Revisori dei Conti, l'accordo integrativo dell'anno 2007 definitivamente sottoscritto il 25 settembre 2008. Sempre nella seconda parte dell'anno 2008 si è giunti alla redazione di una ipotesi di accordo integrativo che nel corso del mese di gennaio 2009 sarà oggetto di apposito incontro con la delegazione sindacale al fine della relativa sottoscrizione.

Settore informatico

Nel corso del secondo semestre è stata realizzata l'informatizzazione delle informazioni raccolte in materia di rischio clinico. L'attività si è concretizzata nella ideazione, progettazione e realizzazione di una banca dati corredata da uno specifico applicativo, anch'esso realizzato dal personale dell'Agenzia, per l'implementazione della banca dati, consultabile on line (www.agenas.it/buone_pratiche/obp.htm).

Il settore informatico ha inoltre continuato ad assicurare il supporto necessario per il buon funzionamento delle postazioni di lavoro tecnologico, delle attrezzature in rete, ecc.

Settore protocollo:

Nel 2008 è proseguita la protocollazione informatizzata attuata con lo specifico software da tempo in uso nel settore. Nel corso del secondo semestre sono stati protocollati e archiviati 4.540 documenti che, unitamente alla documentazione "lavorata" nel primo semestre, portano il totale annuo 2008 a complessivi 8.185 documenti.

Centro stampa

Si è proseguita l'acquisizione della documentazione prodotta alla "Biblioteca virtuale" con attivazione di ulteriori funzioni di accessibilità nell'ambito del collegamento appositamente creato. Supporto alle attività di manutenzione ed aggiornamento del sito web in collaborazione con l'Area documentazione, informazione e comunicazione e con il settore informatico.

Si è inoltre assicurato il supporto grafico per una migliore veste della documentazione prodotta nell'ambito dell'Agenzia.

Nel semestre di riferimento sono stati prodotti n. 240.000 fogli e sono stati rilegati n. 2.010 volumi/fascicoli per un totale annuo di circa 500.000 fogli e 4.230 volumi/fascicoli. Si allega grafico di comparazione fra la produzione di stampe b/n e colore anno 2007 e anno 2008 (Grafico 1).

Centralino

Il centralino ha continuato ad assicurare il servizio di prenotazione delle sale riunioni, nonché l'allestimento delle sale in funzione delle esigenze rappresentate. Il personale addetto al centralino ha inoltre curato la corretta distribuzione del materiale fra i partecipanti agli incontri programmati.

116

Pianificazione delle attività contrattuali dell'Agenzia

Pianificazione e programmazione delle attività contrattuali necessarie all'acquisizione di beni e servizi per garantire il regolare funzionamento dell'Ente. Anche nel corso del 2008 le procedure di acquisto si sono svolte, di norma, in modalità "on line" attraverso i "negozi elettronici" e il "mercato elettronico" (acquisti on line con firma digitale) nell'ambito della piattaforma virtuale del circuito Consip., sia mediante le procedure di gara.

Nel corso del secondo semestre sono state avviate e concluse complessive 42 trattative volte all'acquisto di beni e servizi, per un totale annuo pari a 94 procedure di acquisto.

Tabella 1: Progetti ed programmi di ricerca finalizzata

ANNO	Ente proponente	Tipologia	Titolo progetto	Responsabile scientifico
2008	COMUNITA' EUROPEA	PROGETTO EUROPEO	<i>Day Surgery Data Project</i> - Second Programme of Community action in the field of health 2008-2013 - L'Agenzia è titolare del Workpackage 6.2.1.4 dal titolo "Defining a minimum and an ideal set of ds indicators"	BELLENTANI
	COMUNITA' EUROPEA	PROGETTO EUROPEO	EUnetHTA Collaboration.	CERBO
2007	AGE.NA.S.	R.F. STRATEGICO	Strumenti e metodi per il governo dei processi di innovazione tecnologica, clinica ed organizzativa nel Servizio Sanitario Nazionale- Un sistema integrato di ricerca.	JEFFERSON
	AGE.NA.S.	R.F. ORDINARIO	Back Beveridge? The introduction of new technologies and.....	CISLAGHI
2006	Regione Emilia-Romagna	R.F. INTEGRATO ONCOLOGICO PIO	MONITORING INNOVATIONS IN THE FIELD OF ANTI-CANCER DRUGS - Progetto 1 - Sperimentazione di modello di Technology Assessment per l'uso appropriato di nuovi farmaci oncologici attraverso revisione sistematica valutazione critica delle evidenze scientifiche, implementazione e monitoraggio di raccomandazioni cliniche. Modello integrato di collaborazione e integrazione tra attività delle regioni e Agenzie del Ministero (ASSR/AIFA)	CERBO
	Regione Emilia-Romagna - AGE.NA.S.	R.F. INTEGRATO ONCOLOGICO PIO	MONITORING INNOVATIONS IN THE FIELD OF ANTI-CANCER DRUGS - Progetto 9 Trasferimento delle metodologie di Technology Assessment e costruzione di pacchetti formativi rivolti al livello regionale e delle aziende sanitarie del SSN	CERBO
	Regione Lombardia	R.F. INTEGRATO ONCOLOGICO	Regional Cancer Networks' models comparative assessment and study of their integration	CARACCI
	Regione Lazio/Università Cattolica del S.Cuore	R.F. STRATEGICO	STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI INDIRIZZO STRATEGICO, COORDINAMENTO E CONTROLLO DEI RISULTATI DEL PROGRAMMA STRATEGICO (PS) Progetto n.1 Unità operativa Agenzia	CERBO
	Regione Lazio/Università Cattolica del S.Cuore - AGE.NA.S.	R.F. STRATEGICO	MESSA A PUNTO DI SISTEMI DI VALUTAZIONE CONTROLLATA DELLA INTRODUZIONE DI NUOVE TECNOLOGIE E DI STIME DEL LORO FABBISOGNO Progetto n.3 Destinatario Istituzionale ASSR	CERBO
	Istituto Superiore di Sanità	R.F. STRATEGICO	Condizioni meteo-climatiche e salute: definizione e identificazione delle condizioni a rischio, misurazione degli effetti ed efficacia degli interventi su patologie di rilevante impatto epidemiologico	CARACCI
	Istituto Superiore di Sanità - AGE.NA.S.	R.F. STRATEGICO	La valutazione dell'efficacia e della resa di programmi di educazione sanitaria del paziente con scompenso cardiaco e dei suoi care givers	CARACCI
	ASSR	R.F. ORDINARIO	Efficacia nella pratica e rapporto costi/benefici di un programma di screening e gestione della depressione in diversi contesti medici	PICARDI
	ASSR	R.F. ORDINARIO	Modelli di gestione integrata delle malattie infettive e della diagnosi microbiologica nella continuità ospedale-territorio	SPANO'
	ASSR	R.F. ORDINARIO	Sperimentazione di una serie di indicatori per la misura della continuità assistenziale	DUCA
2005	ASSR	R.F. ORDINARIO	Uniformità dei diritti del cittadino: sperimentazione di modelli organizzativi per la presa in carico delle persone fragili e la continuità assistenziale, con particolare riferimento al punto unico di accesso alla rete dei servizi sanitari e socio-sanitari (PUA)	BOCCIA
	-	EUROPEO	Eunetha WP 5	CERBO
	-	EUROPEO	Eunetha WP 8	CERBO
	-	EUROPEO	Eunetha WP 4	CERBO

Tabella 2: Progetti ed programmi di ricerca corrente

ANNO	Ente proponente	Tipologia	Titolo progetto	Responsabile scientifico
2008	AGE.NA.S.	R. CORRENTE	Progetto 1: "Promozione dell'adozione di Linee guida in materia clinico organizzativa a livello locale"	RUSTICALI
	AGE.NA.S.	R. CORRENTE	Progetto n.2 "Requisiti per la sicurezza del paziente: accreditamento istituzionale e programmi di valutazione esterna"	CARACCI
	AGE.NA.S.	R. CORRENTE	Progetto 3: "Sviluppo e miglioramento di sistemi di valutazione di tecnologie biomediche"	CERBO
2007	AGE.NA.S.	R. CORRENTE	Progetto n. 1 Stato dell'arte della formazione manageriale in sanità	ROSSINI
	AGE.NA.S.	R. CORRENTE	Progetto n. 2 Strumenti e modelli per la programmazione delle reti ospedaliere	CISLAGHI/ DE GIACOMI
	AGE.NA.S.	R. CORRENTE	Progetto n. 3 Rapporti Pubblico-Privato nelle regioni.	CERBO
	AGE.NA.S.	R. CORRENTE	Progetto n. 4 Metodi e strumenti per la partecipazione attiva dei cittadini alla valutazione dei servizi ed alle decisioni locali in materia di organizzazione dei servizi sanitari .	BELLENTANI /CARACCI
	AGE.NA.S.	R. CORRENTE	Progetto n. 5 Centro di osservazione sulle tecnologie biomediche emergenti (COTE)	CERBO
	AGE.NA.S.	R. CORRENTE	Progetto n. 6 Linee guida in materia clinico-organizzativa elaborate nell'ambito del sistema nazionale Linee guida (SNLG)	RUSTICALI
2006	ASSR	R. CORRENTE	Progetto 1. "Programma multicentrico di elaborazione di linee guida in materia clinico organizzativa nell'ambito del sistema nazionale di linee guida (SNLG)	RUSTICALI
	ASSR	R. CORRENTE	Progetto 2. Rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza socio-sanitaria agli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard. Sottoprogetto 1: Rilevazione sulle tipologie di assistenza socio-sanitaria agli anziani non autosufficienti	BANCHERO
	ASSR	R. CORRENTE	Progetto 2. Rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza socio-sanitaria agli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard. Sottoprogetto 2: Sperimentazione di un sistema di rilevazione dei costi commisurato alla valutazione della non autosufficienza e alla condizione sociale	TESTI
	ASSR	R. CORRENTE	Progetto 3 "Indagine sulla contrattazione integrativa nelle aziende sanitarie"	ROSSINI
	ASSR	R. CORRENTE	Progetto 4 Significative esperienze di formazione sull'appropriatezza delle prescrizioni per i medici di medicina generale, orientate al buon uso delle risorse, con riferimento alle prestazioni di assistenza farmaceutica, specialistica nonché di diagnostica strumentale e di laboratorio	CARACCI
	ASSR	R. CORRENTE	Progetto 5 Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni Italiane	BELLENTANI
ASSR	R. CORRENTE	Progetto 6 Diffusione delle principali tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie; Centralizzazione funzioni di acquisto	CERBO	
			Progetto 6 Diffusione delle principali tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie; Utilizzo service	CERBO
			Progetto 6 Diffusione delle principali tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie; Rilevazione tecnologie	CERBO

Tabella 3: Tabella riepilogativa dell'organico del personale dipendente al 31 dicembre 2008

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

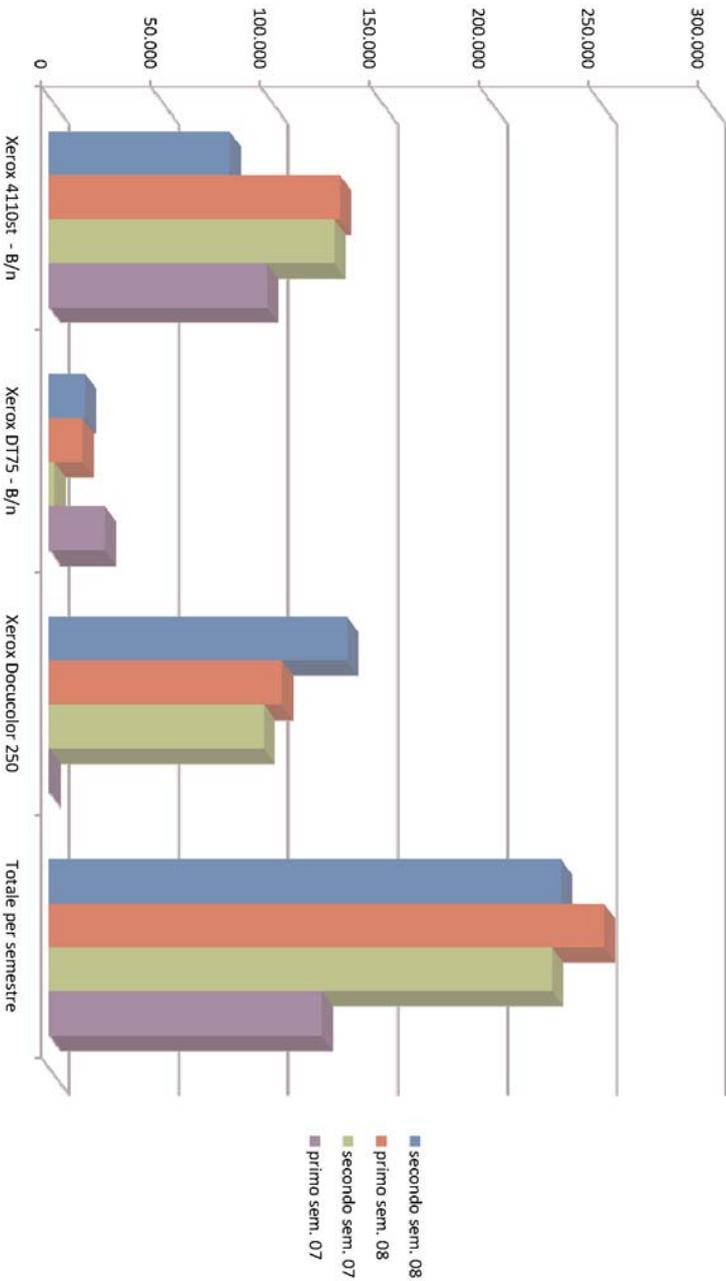
PERSONALE DIPENDENTE - ORGANICO AL 31 DICEMBRE 2008

DIRETTORE REGGENTE Dott.ssa Marina Cerbo

SEZIONE/AREA	QUALIFICA	NOMINATIVO	CTG	NATURA RAPPORTO
SEGRETERIA DI DIREZIONE	Operatore	TURCHI Fabrizio	Bs	RUOLO
	Assistente	BONESU Maria Angela	C2	RUOLO/COMANDO
	Assistente	GUCCIARDI Francesca	C2	RUOLO
SEZIONE AREA LEA_MSS	DIRIGENTE	CESARE CISLAGHI		DIRIGENTE COMANDO
	Collaboratore	DI VIRGLIO Emidio	D	RUOLO
	Collaboratore	ORZELLA Letizia	D	RUOLO/ASPETTATIVA
	Assistente	PIERONI Manuela	C	TERMINE
	Collaboratore	TAVINI Gabriella	D	RUOLO
	Collaboratore	ROMOLI Cinzia	D	RUOLO
SEZIONE MCT	DIRIGENTE	ISABELLA MORANDI		DIRIGENTE A CONTRATTO
SEZIONE QEA	DIRIGENTE	GIOVANNI CARACCI		DIRIGENTE COMANDO
	Assistente	GIULIANO Chiara	C	RUOLO/ASPETTATIVA
	Collaboratore	GORIETTI Simona	D	RUOLO
	Collaboratore	REALE Emanuela	D	RUOLO
	Collaboratore	LABELLA Barbara	D	RUOLO
SEZIONE OSS	DIRIGENTE	MARIADONATA BELLENTANI		DIRIGENTE A CONTRATTO
	Collaboratore	GUGLIELMI Elisa	C	RUOLO
	Collaboratore	PADOVANO Pierpaolo	D	RUOLO
	Collaboratore	SERAFINI Simona	D	TERMINE
	Collaboratore	VISCA Modesta	D	RUOLO/COMANDO
	Collaboratore	CATANIA Sara	Ds	RUOLO
SEZIONE ISS	DIRIGENTE	MARINA CERBO		DIRIGENTE COMANDO
	Collaboratore	AMATO Susanna	D	RUOLO
	Collaboratore	PERRINI Maria Rosaria	D	RUOLO
	Collaboratore	CAVALLO Antonella	D	RUOLO
	Collaboratore	AMICOSANTE M.Vincenza	Ds	RUOLO
	Collaboratore	LO SCALZO Alessandra	D	RUOLO
SEZIONE AGP	DIRIGENTE	LAURA CONTI		DIRIGENTE A CONTRATTO
	Operatore	DI STEFANO Daniele	B	RUOLO
	Collaboratore	ALBERGO Maria	D	RUOLO
	Collaboratore	MAOLA Tiziana	D	RUOLO
	Assistente	SERRANTI Marco	C	RUOLO
	Assistente	CANALI Marco	C	RUOLO
	Assistente	TOTI Alessandra	C	RUOLO
	Assistente	MONTICONE Ugo	C	RUOLO
	Assistente	VINCIGUERRA Ciro	C	RUOLO
	Assistente	ONORI Luciano	C1	RUOLO
	Assistente	MARCOLONGO Susanna	C2	RUOLO
	Assistente	FELLA Dario	C2	RUOLO
SEZIONE RAG	DIRIGENTE	PAOLO CONTORNI		DIRIGENTE A CONTRATTO
	Assistente	PARDI Manuela	C	RUOLO
	Assistente	LUCARELLI Amaranto	C1	RUOLO
	Assistente	DE FRANCESCO Bruno	C	TERMINE
	Assistente	LAZZARI Valeria	C	TERMINE
	Assistente	PLACANICA Francesca	C	RUOLO
AREA DIC	operatore	MESSERSI' Taina	B2	RUOLO
	collaboratore	BERNARDINI Fabio	D	TERMINE

Grafico 1: Comparazione fra la produzione di stampe b/n e colore anno 2007 e 2008

Stampe effettuate dal Centro Stampa - Anni 2007 e 2008



Sviluppo organizzativo e delle risorse umane²⁵

Le linee d'intervento dello sviluppo organizzativo e delle risorse umane sono state caratterizzate, nel 2° semestre 2008, da una riduzione di conflittualità interna e progressiva risoluzione dei rischi di contenziosi da parte del personale già stabilizzato, oltre che da una migliore coesione, rispetto ai periodi precedenti, della struttura dirigenziale. La previsione di riordino dell'Ente, il cambiamento della direzione generale e gli orientamenti degli organi politici di riferimento rendono necessaria una adeguata riflessione sul fabbisogno formativo del personale per la predisposizione di un piano di formazione coerente con lo sviluppo delle competenze dell'Ente.

Valutazione della performance

Relativamente al sistema di valutazione del personale, è stata perfezionato il disegno complessivo rispetto alla precedente stesura. Questo, suscettibile ovviamente di ulteriori miglioramenti, è stato condiviso con i responsabili delle strutture operative e successivamente discusso con le organizzazioni sindacali, al fine di una simulazione nell'ultimo bimestre 2008, in parallelo con il sistema precedentemente in vigore, e di una successiva messa a regime nell'anno 2009. In sintesi, il sistema, incentrato complessivamente sulla misurazione della performance individuale, vede una griglia gestionale a due livelli, distribuita su due rispettive schede valutative, strutturate ambedue per pesi percentuali:

- una scheda di valutazione della prestazione individuale, incentrata sulla gestione dei risultati attesi, in riferimento a determinati compiti assegnati a ciascuna risorsa ad inizio di ogni anno;
- una scheda di valutazione delle competenze organizzative, focalizzata, attraverso l'individuazione di una serie di competenze trasversali (soft skill), coerenti con le mansioni svolte, alla valutazione del grado di comportamento e di relazione della risorsa nel contesto organizzativo in cui opera.

La fase conclusiva del processo, diviso in due distinte consuntivazioni semestrali nell'anno, viene riportata nella scheda di valutazione complessiva e di comunicazione dei risultati alla risorsa interessata da parte del rispettivo responsabile.

²⁵ A cura del *Coordinamento Politiche del Personale*

Relazioni Interne

Rispetto al periodo precedente e soprattutto alla situazione in essere nel 2007, il migliore clima interno, favorito soprattutto dalla citata stabilizzazione del personale precario, e dall'avvenuta copertura di alcuni ruoli chiave della struttura organizzativa, quali l'assunzione del nuovo responsabile della Sezione Ragioneria ed Economato, ha permesso lo spostamento dell'attenzione gestionale maggiormente sul miglioramento, funzionale e logistico, dell'organizzazione del lavoro e del rapporto con le organizzazioni sindacali.

Nel primo caso, lo sforzo è stato quello di una migliore ottimizzazione delle postazioni lavorative dei dipendenti, in riferimento anche alle diverse allocazioni delle strutture operative, scontando purtroppo in tal senso una sempre maggiore saturazione degli spazi logistici, rispetto alla quale diviene non più procrastinabile l'individuazione di una nuova sede, più funzionale alle future esigenze organizzative dell'Agenzia. Sempre in quest'ottica, in ottemperanza agli adempimenti previsti dalle norme sulla sicurezza dei luoghi di lavoro, nel mese di luglio, è stato coordinato, in rappresentanza del datore di lavoro, il sopralluogo sugli ambienti di lavoro da parte del medico competente e del responsabile del servizio prevenzione e protezione.

Nel secondo caso, insieme alle altre componenti della delegazione di parte pubblica dell'Agenzia, è stata chiusa la contrattazione integrativa del 2007, il cui accordo è stato sottoscritto definitivamente entro il terzo semestre dell'anno. Per quanto concerne l'accordo integrativo 2008, l'intento è quello di poter arrivare alla firma entro e non oltre il primo bimestre 2009, una volta definite con la delegazione di parte sindacale alcune problematiche, relative, sia alla verifica della dotazione dei fondi per la contrattazione integrativa e dei nuovi adempimenti previsti dalla nuova legge 133/08, che alla sperimentazione del nuovo sistema di valutazione del personale.

Rapporti con la Direzione

In quest'ottica, l'iniziativa, pur scontando la situazione determinatasi in Agenzia con l'uscita del precedente direttore a partire dall'inizio del secondo semestre, ha continuato a privilegiare, insieme al direttore reggente, il costante monitoraggio dello stato dell'arte, della qualità del livello decisionale, e dell'efficacia operativa delle principali iniziative strategiche portate avanti dalla struttura dirigenziale dell'Agenzia. Sempre attraverso le consuete riunioni periodiche mensili di direzione del lunedì, si è dato seguito al progressivo coordinamento delle attività istituzionali delle singole Sezioni e Aree dell'Agenzia, quali:

- la preparazione e la stesura della Relazione del 1° semestre 2008 sulle attività dell'Agenzia, rinviando alla futura fase nuova di direzione quella relativa agli indirizzi ed al Programma di attività dell'Agenzia per il 2009;
- il coordinamento del primo report semestrale sulle attività svolte dalle singole strutture organizzative in relazione alla convenzione SiVeAS;
- oltre che la consueta valutazione, insieme alla Direzione ed alla Presidenza, dei problemi e dei provvedimenti da sottoporre di volta in volta all'esame del Consiglio di Amministrazione.

Inoltre, sono in via di ultimazione due progetti di ricerca corrente attinenti rispettivamente a materie di argomento sindacale e di formazione manageriale, quali "*L'Indagine sulla contrattazione integrativa nelle aziende sanitarie*", e "*Lo stato dell'arte della Formazione manageriale in Sanità*":

- Il primo, in collaborazione con *il gruppo di lavoro della ASL di Alessandria* e con quello dell'*Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia* sarà portato a conclusione alla data prevista di fine gennaio 2009;
- Il secondo, finalizzato alla valutazione delle competenze manageriali ed allo sviluppo professionale dei DG e delle figure apicali di direzione delle aziende sanitarie e che costituisce parte integrante del disegno di ricerca "*Fabbisogni e determinanti per lo sviluppo professionale del management del SSN*", già a suo tempo ideato in collaborazione con il FIASO, sarà condotto in collaborazione con vari ed importanti istituti di formazione pubblica e privata, quali il *Ceis/Università di Tor Vergata*, il *Mes/S. Anna di Pisa*, il *Cusas/Università di Firenze* ed il *Cergas/Bocconi*, e la sua conclusione è prevista per la fine di giugno 2009.

Gestione economica e finanziaria²⁶

Nel corso del secondo semestre 2008, le attività, poste in essere dalla Sezione Ragioneria ed Economato, sono riconducibili ai seguenti obiettivi:

- a) tenuta della contabilità economico-finanziaria;
- b) attività amministrativo-contabile per l'accertamento e la riscossione delle entrate;
- c) gestione contabile degli impegni di spesa e dei relativi mandati di pagamento;
- d) tenuta della contabilità economica;
- e) emissione degli ordinativi di pagamento relativi al trattamento economico del personale in servizio e dei collaboratori esterni dell'Agenzia, nonché dei relativi oneri previdenziali ed erariali a carico dell'Agenzia, effettuati sulla base dei dati forniti dalla sezione Affari Generali e Personale;
- f) gestione dei rapporti con il Servizio di tesoreria;
- g) gestione del servizio di cassa interna e di piccolo magazzino;
- h) adempimenti connessi alla gestione patrimoniale.

Più in particolare, nel periodo in esame, la Sezione Ragioneria ed Economato ha 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, ed assicurare altresì minori scostamenti tra i dati di previsione e quelli di consuntivo;
- predisposizione delle variazioni al bilancio di previsione 2008, 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 2008;
- predisposizione del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2009.

Nell'ambito dei progetti di ricerca finalizzata e corrente in essere, si è proceduto al costante monitoraggio dei costi di coordinamento sostenuti dall'Agenzia e, in collaborazione con la Sezione

²⁶ A cura della sezione *Ragioneria ed Economato*

Affari Generali e Personale, si è proceduto alla verifica delle relazioni scientifiche e delle rendicontazioni dei costi sostenuti dalle varie Unità operative rispetto al budget loro assegnato.

Nel mese di Dicembre è stata deliberata la costituzione dell'elenco Fornitori dell' Agenzia che avrà efficacia presumibilmente dal mese di Aprile 2009.

Per quanto attiene alle problematiche proprie del funzionamento della struttura si rilevano due criticità, emerse nel corso del semestre in questione:

L'assenza per maternità della risorsa preposta alla gestione della contabilità economica è stata sostituita con risorse interne alla sezione. Il lavoro relativo contabilità economica del 2008 è stato svolto principalmente dalla Sig.ra Lazzari. Nel corso del 2008 si sono rilevate delle imprecisioni nelle scritture degli anni precedenti che saranno corrette nel corso del 2009.

126



Per quanto invece riguarda la contabilità finanziaria si evidenzia un metodo di costruzione del bilancio preventivo che per quanto concerne la sola ricerca risente di un disallineamento temporale riguardante rispettivamente l'esercizio di competenza delle entrate e quello di competenza delle uscite, correlato alla liquidazione delle quote di saldo da parte del Ministero finanziatore. Ciò tuttavia non impedisce un attento monitoraggio della spesa di ogni singolo progetto. Sempre in relazione alla ricerca si evidenzia la necessità di migliorare l'allocazione delle singole voci di spesa (collaboratori e servizi) nei singoli progetti o accordi di collaborazione

Per quanto riguarda il software gestionale della contabilità si informa che la trattativa per l'acquisto del nuovo programma si è avviata nel mese di dicembre anziché nel mese di settembre come riportato nella relazione del I° semestre.

Comunicazione e Documentazione²⁷

Le attività di Comunicazione e Documentazione si sono svolte, nel secondo semestre dell'anno 2008, con le modalità di seguito evidenziate.

Comunicazione

Sito web www.agenas.it

A seguito della ristrutturazione del sito dell'Agenzia, avvenuta nel primo semestre 2008 ad opera di una società esterna, individuata tramite regolare gara, si è proceduto ad aggiornare costantemente il nuovo sito tramite la revisione, la riscrittura e l'adattamento dei testi forniti dai colleghi delle diverse sezioni. L'obiettivo del nuovo sito è, infatti, quello di garantire una maggiore visibilità ad Age.Na.S, offrendo agli utenti una consultazione più agile, aggiornata in tempo reale, su quanto prodotto in seno all'Agenzia.

127



Comunicazione - informazione e ufficio-stampa

- È continuato il coordinamento delle attività inerenti la promozione della nuova immagine e del nuovo logo Age.na.s con l'obiettivo di rendere sempre più conosciuti e "familiari" il nuovo acronimo e la nuova immagine;
- Si è provveduto a redigere e pubblicare sul sito dell'Agenzia 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 garantita la presenza dell'Agenzia in occasione dei principali eventi organizzati a livello nazionale (Viareggio, Festival della salute, 26/28 settembre 2008; Arezzo, Forum Risk Management 25/28 novembre 2008) attraverso varie attività di comunicazione, allestimento degli stand, redazione di comunicati stampa, ecc.

Attività di ufficio stampa

Nel corso del secondo semestre 2008 si è continuato a mantenere i contatti con i giornalisti che seguono la sanità sulle principali testate e a stabilirne di nuovi.

²⁷ A cura dell'Area Documentazione, Informazione e Comunicazione

Si è provveduto, inoltre, ad inviare regolarmente agli addetti ai lavori studi, analisi e comunicati stampa sulle attività dell'Agenzia. Come riscontro all'attività di comunicazione diretta alla stampa, sono stati raccolti nella rubrica "Dicono di noi..."; pubblicata sul sito, tutti i numerosi ritagli stampa di articoli, usciti sui principali quotidiani e periodici negli ultimi sei mesi e che fanno riferimento alle attività dell'Agenzia.

Documentazione

Monitor - rivista trimestrale di Age.na.s

Alla fine del mese di luglio 2008 è uscito il numero 21 della rivista Monitor. Il numero 21 di Monitor ha raccolto, nella rubrica In primo piano una serie di contributi su argomenti di attualità, da un excursus sui Livelli essenziali di assistenza nel panorama normativo, all'evoluzione dei sistemi di assistenza primaria, alla strategia di Age.Na.S in tema di HTA, ai primi risultati del gruppo Re.mo.le.t/ Age.Na.S nell'elaborazione dei dati SDO 2007.

Il Dossier Focus on del numero 21 è stato interamente incentrato sulla "nuova" ECM e ha raccolto numerosi (e qualificati) contributi sulle prospettive del sistema di formazione continua in medicina. Nella rubrica Age.Na.S on line del numero 21 sono stati presentati i risultati delle attività condotte dall'Agenzia in tema di: analisi della spesa attraverso i conti economici (CE); spesa sanitaria per gli immigrati; presentazione dell'iniziativa Call for good practice sul rischio clinico e la sicurezza dei pazienti.

Va segnalato che alcuni temi trattati negli articoli del numero 21, oltre alla diffusione tramite normale distribuzione della rivista, sono stati ripresi e "rilanciati" attraverso agenzie di stampa e periodici a diffusione nazionale. Inoltre, il suddetto numero di Monitor è stato presentato e distribuito in varie riunioni e seminari organizzati dalla Commissione ECM.

Nel mese di novembre 2008 è stato pubblicato il numero 22 di Monitor che ha presentato, nel Dossier Focus on, il tema, attualissimo e scarsamente affrontato in modo organico, dei Piani di rientro.

Sull'attuazione dei Piani abbiamo raccolto le opinioni di autorevoli rappresentanti delle istituzioni, nazionali e regionali, nonché il parere degli "addetti ai lavori". Nella rubrica Age.Na.S on line sono stati presentati i risultati del lavoro condotto in Agenzia sulle problematiche relative alla determinazione del fabbisogno sanitario, dei primi tre report di HTA, dell'Osservatorio Buone Pratiche, dell'attività di ricerca sulla medicina di genere.

Il numero 22, oltre alla normale distribuzione per posta, è stato presentato al 3° Forum nazionale sul risk management di Arezzo ed un cospicuo numero di copie è stato inviato ai tre Assessorati regionali coinvolti nei Piani di rientro - Lazio, Campania, Sicilia - dal momento che gli Assessori e i responsabili erano tra gli autori del Dossier.

Monografie trimestrali della collana "I Quaderni di Monitor"

Dopo aver pubblicato il volume "I sistemi di valutazione dei servizi sanitari", la collana I Quaderni di Monitor ha prodotto altri due testi : " P.U.A. Punto Unico di Accesso. Presa in carico, continuità assistenziale" e " Approfondimenti sull'indagine Multiscopo ISTAT SALUTE 2005".

Il Quaderno sul P.U.A. ha raccolto i risultati di un progetto di ricerca finalizzata 2006-2007 e ha presentato le esperienze più recenti, compiute, nel campo della presa in carico della cronicità, in alcune Regioni (Abruzzo, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Sardegna, Veneto). Il volume è corredato da un'analisi dei percorsi dei PUA realizzata da Anci-Federsanità Toscana, da alcune considerazioni in merito all'impatto organizzativo e dei costi dei PUA a cura dell'ARS Abruzzo e da alcuni elementi utili per un confronto con analoghe esperienze realizzate negli USA.

Il Quaderno sul P.U.A è stato presentato nel corso di un seminario realizzato da Age.Na.S a Roma nel mese di settembre 2008

Il volume "Approfondimenti sull'indagine Multiscopo ISTAT SALUTE 2005", pubblicato nel mese di dicembre 2008 raccoglie i contributi di un gruppo di lavoro inter-regionale, coordinati dai referenti della regione Piemonte, che hanno analizzato ed interpretato i dati prodotti dall'indagine Istat, con l'obiettivo di renderli fruibili alle esigenze della sanità locale, in modo particolare a livello regionale, per consentire la possibilità di confronto dei dati tra le Regioni.

Redazione e revisione di testi

Nel periodo considerato, sono stati redatti o rivisti testi destinati alla pubblicazione su riviste specializzate o a conferenze e interventi pubblici pronunciati in varie occasioni.

Coordinamento attività Biblioteca

Nel secondo semestre 2008 è proseguito il coordinamento dell'attività della biblioteca dell'Agenzia, che consiste nel monitoraggio del processo della regolare politica di scambi di documen-

ti con altre biblioteche specialistiche, del prestito di articoli e libri, della consultazione di monografie e pubblicazioni (attività particolarmente apprezzata dai numerosi rappresentanti regionali che partecipano alle riunioni indette dall'Agenzia), dell'acquisizione, attraverso Internet, di articoli di riviste scientifiche su richiesta delle varie sezioni dell'Agenzia, oltre che della gestione ordinaria delle pubblicazioni di Age.na.s. e della rivista Monitor.

age.na.s - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Sezione A.G.P. - Centro Stampa

Via Puglie 23, 00187 – Roma .
Tel. 06.427491 – fax. 06.42749488
www.agenas.it e-mail info@agenas.it