



Il Ministro della Salute

ATTO DI INDIRIZZO PER L'ANNO 2012



PREMESSA

Il presente atto di indirizzo definisce le priorità politiche sulle quali concentrare l'impegno dell'Amministrazione secondo i contenuti del programma di Governo ed in armonia con le politiche europee sintetizzabili, per il 2012, sia nell'obiettivo di consolidare l'economicità della *governance* del sistema che di affermazione su tutto il territorio nazionale, dei principi di efficienza ed appropriatezza in ambito di prevenzione, diagnosi e cura, ricerca, salute pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti.

In particolare le azioni da implementare per la costruzione degli obiettivi strategici per il 2012 riguardano:

1. promozione della qualità dell'assistenza sanitaria;
2. prevenzione e comunicazione;
3. rilancio della ricerca sanitaria;
4. dispositivi medici;
5. promozione della salute pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti;
6. politiche sanitarie internazionali;
7. politiche per l'efficienza gestionale.

1. Promozione della qualità dell'assistenza sanitaria

1.1 Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario

Le azioni da implementare nel 2012, ai fini attuativi del nuovo Patto per la salute, dovranno riguardare la definizione di nuovi indicatori e di strumenti innovativi per l'ottimizzazione in termini di costo/beneficio delle prestazioni sanitarie quali:

- a) individuazione di criteri di pesatura della popolazione residente, ai fini della determinazione del fabbisogno regionale standard, strutturati anche sull'indice di prevalenza delle malattie;
- b) individuazione di indicatori di "outcome" (esiti di cura delle malattie) al fine di effettuare confronti tra le diverse regioni ed all'interno di una stessa regione;
- c) individuazione di un quarto macro-livello di assistenza nella ripartizione del fabbisogno sanitario che sia strettamente legato all'emergenza-urgenza da inserire tra le offerte di assistenza distrettuale e di assistenza ospedaliera;



- e) elaborazione di strumenti utili a consentire un miglioramento da parte delle regioni del riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Regionale tra le varie aziende sanitarie regionali.

Il Ministero dovrà rendere disponibili, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), i necessari strumenti a supporto del monitoraggio sistematico dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), finalizzati a consentire una lettura integrata delle prestazioni erogate ai cittadini nell'ambito dei diversi livelli assistenziali, a partire da quelli ospedaliero e territoriale - con particolare riferimento all'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare - con l'aggiunta di quelle prestazioni che vengono erogate in ambiti assistenziali che si trovano a cavallo tra ospedale e territorio, quali l'emergenza-urgenza. Il patrimonio informativo sviluppato in tal senso dal NSIS, messo a disposizione attraverso i suddetti strumenti di monitoraggio, potrà supportare le analisi dei costi e fabbisogni standard, così come previsto nel decreto sul federalismo fiscale, nonché rendere concretamente perseguibile la definizione di criteri di riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale basati sugli effettivi bisogni di salute della popolazione, determinati sulla base degli indicatori elaborati, applicati a dati analitici ed oggettivi.

1.2 Riorganizzazione delle cure primarie e di quelle ospedaliere.

Le cure primarie vanno riorganizzate secondo una logica di rete che consente la presa in carico globale del paziente in modo costante nel tempo da parte di un team avente competenze diversificate. Tra gli strumenti per realizzare la continuità delle cure e l'integrazione tra i servizi ed i professionisti, si possono individuare: percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per specifiche patologie, reti cliniche integrate per la gestione della cronicità, modalità finalizzate ad evitare il ricovero ospedaliero (AD ed ADI), strutture sanitarie residenziali per l'erogazione delle "cure intermedie", reti informatiche e di telemedicina per realizzare efficienti modalità di comunicazione fra servizi e operatori. Per gli assistiti che vengono dimessi dall'ospedale e presi in carico sul territorio, la continuità delle cure deve essere garantita già durante il ricovero da un'attività di valutazione multidimensionale che prenda in esame le condizioni cliniche e socio assistenziali del paziente ai fini di definire, in accordo con il medico di medicina generale (MMG) e durante il ricovero stesso, il percorso assistenziale più idoneo in compatibilità con la rete dei servizi sociali e distrettuali esistente.



La riorganizzazione dell'assistenza territoriale per poter garantire la continuità delle cure durante le 24 ore e per 7 giorni alla settimana deve, inoltre, prevedere l'individuazione di modelli organizzativi assistenziali, diversificati ed adattabili ai diversi contesti territoriali, per evitare il ricorso eccessivo ed improprio, sia diretto che telefonico, ai servizi di emergenza-urgenza. A tal fine può risultare utile l'integrazione del servizio di Continuità Assistenziale (CA) con il Sistema territoriale di Emergenza 118 che consentirebbe di intercettare preventivamente, laddove possibile, i codici Bianchi e Verdi.

In questo quadro, che sia funzionale al nuovo rapporto tra ospedale e territorio che si intende realizzare, diviene strategico rimodulare la docenza svolta dal personale dipendente dalle Aziende Sanitarie: difatti tale personale costituisce la parte caratterizzante e professionalizzante nella formazione delle professioni sanitarie e nelle specializzazioni post lauream dei medici e degli altri dirigenti sanitari.

Sarà, poi, da privilegiare l'inserimento dei curricula formativi nel corso di laurea in medicina e chirurgia con l'acquisizione di un numero di crediti formativi. Inoltre in considerazione degli obblighi derivanti dall'adesione dell'Italia all'Unione europea, occorre individuare, per il corso di formazione in medicina generale, un curriculum uniforme nazionale, al fine di garantire l'acquisizione al termine del corso triennale, di competenze, conoscenze ed abilità uniformi.

Si avverte l'esigenza di porre in essere politiche condivise di monitoraggio dell'attività intramuraria, avvalendosi a tal fine dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e dell'Osservatorio nazionale sull'attività libero - professionale. Ciò nell'ottica anche di rilancio della funzione di modalità di fruizione delle prestazioni sanitarie a disposizione dei cittadini e degli operatori sanitari e, dall'altro, di prevenzione delle distorsioni e malfunzionamenti.

Infine per quanto concerne la continuità assistenziale dei livelli preventivo, ospedaliero e territoriale dovrà realizzarsi con le opportunità offerte dalla telematica, attraverso progetti di telemedicina.

1.3 Qualità dei servizi sanitari ed umanizzazione delle cure

Per quanto concerne il contenimento e la razionalizzazione della spesa sanitaria, si ribadisce che i criteri ispiratori di riorganizzazione del sistema sanitario regionale sono da individuarsi nell'implementazione dei Piani di rientro.

L'azione dell'Amministrazione dovrà incentrarsi sulla definizione sia di nuovi Livelli Essenziali di assistenza (LEA) che di livelli essenziali di prestazione (LEP) incentrati sui criteri di efficienza ed



appropriatezza degli interventi sanitari soprattutto in ambito di miglioramento della qualità in relazione alle cure primarie, alla pediatria di base, alla psichiatria, alla gestione degli anziani nel territorio e alle patologie dell'invecchiamento, alla terapia del dolore e alle cure palliative, alla creazione di percorsi preferenziali per l'oncologia e il trattamento delle patologie cardiovascolari, al diabete e alle malattie metaboliche.

Ulteriori iniziative in tema di qualità dei servizi dovranno riguardare la diffusione su tutto il territorio nazionale della prescrizione elettronica, nonché il potenziamento di sistemi informativi per la riduzione delle liste di attesa anche attraverso centri unici di prenotazione on-line per l'accesso al Servizio sanitario nazionale.

Gli ospedali dovranno operare in grandi reti, avvalendosi di tecnologie e professionalità sempre più elevate e impiegando metodiche di "dematerializzazione" nella trasmissione e archiviazione delle informazioni, con capacità di risposta alla pluralità di richieste del paziente. A tale riguardo, assume rilevanza la costruzione e implementazione del fascicolo sanitario elettronico, quale strumento essenziale per la presa in carico globale della persona nell'ottica di un welfare delle migliori opportunità.

L'umanizzazione delle cure richiede l'analisi dei reali bisogni delle persone, compreso l'analisi dei contesti, delle relazioni tra persone e ambienti, dei processi cognitivi ed emotivi individuali e di gruppo e della metodologia di analisi della domanda, in modo da individuare i bisogni latenti e di contestualizzare le richieste esplicite.

La relazione medico-paziente è il centro di ogni percorso diagnostico e terapeutico: l'obiettivo prioritario è prendere in carico la persona in modo globale e integrato, offrendo piani individualizzati sulla base dei bisogni riconosciuti.

Infine occorre elaborare e definire processi di valutazione sia da parte degli utenti che degli operatori sui singoli obiettivi di umanizzazione.

2. Prevenzione e Comunicazione

La promozione della salute e la tutela del benessere psicofisico della persona richiedono strategie intersettoriali e trasversali con il coinvolgimento sia delle istituzioni centrali che locali ma soprattutto un coinvolgimento dei cittadini al fine di sviluppare politiche integrate e agire sui principali determinanti di salute.



Particolare attenzione dovrà porsi alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili favorendo l'adozione di stili di vita attivi e responsabili, in armonia con gli obiettivi del Programma strategico nazionale "Guadagnare salute".

Dovrà proseguire l'azione di tutela della salute umana in tutte le età della vita, attraverso interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria e secondo un approccio unitario al controllo dei fattori di rischio, anche ambientali, alla medicina predittiva, ai programmi pubblici di screening e alla prevenzione delle recidive e delle complicanze di malattia, in linea con le previsioni del Piano nazionale di prevenzione 2010-2012.

Sarà, inoltre, necessario un miglioramento, soprattutto in termini di efficienza e tempestività, della sorveglianza delle malattie infettive e delle attività vaccinali, considerata la frequenza degli spostamenti di persone e di merci, legate agli scambi commerciali, al turismo, ai viaggi di lavoro ed ai fenomeni migratori, che favorisce la diffusione delle malattie trasmissibili a volte con carattere di vera emergenza.

In tali ambiti il Ministero dovrà continuare a promuovere ogni forma di collaborazione con tutti gli attori interessati, anche in applicazione dei principi della Carta di Tallin, e verificare lo stato di avanzamento dei Piani regionali di prevenzione.

Gli interventi di comunicazione, anche telematici, a supporto della tutela della salute dovranno essere orientati alla sensibilizzazione e all'informazione della popolazione, con azioni programmate anche in collaborazione con organismi istituzionali, università, associazioni del volontariato e terzo settore.

L'attività di comunicazione istituzionale dovrà rappresentare uno strumento trasversale agli obiettivi di salute e sarà finalizzata a favorire una migliore conoscenza, una maggiore consapevolezza e responsabilità individuale e sociale del cittadino. A tal fine, le iniziative di comunicazione dovranno essere realizzate anche attraverso l'utilizzo del nuovo portale istituzionale nonché dei più innovativi strumenti di comunicazione al fine di sperimentare un nuovo modo di comunicare dell'amministrazione, volto ad ascoltare le esigenze del cittadino oltre che a favorire un utilizzo proattivo delle informazioni.

Non dovranno inoltre essere trascurate le attività tradizionali di comunicazione editoriale, ivi incluse le pubblicazioni di periodici e la realizzazione di monografie su tematiche e attività coerenti con il ruolo di indirizzo del Ministero.



Dovranno infine essere implementate le attività di comunicazione in collaborazione con organismi istituzionali, università e, in particolare, con le organizzazioni no-profit, del terzo settore e del volontariato. Queste ultime rivestono una funzione fondamentale in tale ambito poiché contribuiscono a dar voce ai bisogni dei soggetti più fragili e consentono una valutazione partecipata della qualità dell'assistenza erogata.

3. Rilancio della ricerca sanitaria

La ricerca del Ministero della salute anche per il 2012 dovrà produrre risultati sicuramente trasferibili all'attività clinica con azioni quindi di integrazione tra l'attività di ricerca e la pratica clinica. L'assioma è che la buona assistenza richiede innovazione e quindi ricerca. L'elemento culturale a cui ispirarsi riguarda la possibilità di mettere in discussione qualsiasi procedura medica ed organizzativa con l'intento di apportare novità che contribuiscano al miglioramento delle prestazioni. Ciò risulta fondamentale per il mantenimento di un SSN agile, concreto ed affidabile ed evita atteggiamenti conservativi come quelli propri della medicina difensiva che determinano ricoveri impropri e aumento dei costi nelle prestazioni. Il cittadino avrà quindi a disposizione un SSN che eroga servizi sempre migliori o nella loro organizzazione o nei loro risultati in termine di prevenzione, diagnosi e cura.

Altro elemento da innovare riguarda la percezione della ricerca come elemento di spesa e non come sviluppo. Ciò deriva dal fatto che nel passato i finanziamenti della ricerca servivano al mantenimento delle strutture e non per selezionare i ricercatori; pertanto erano assenti elementi meritocratici comuni in altre società come quella anglosassone. Infatti le grandi campagne negli USA di finanziamento di ricerche sulle malattie cardiovascolari e tumorali ha dimostrato che i miglioramenti ottenuti hanno determinato una riduzione dei costi indiretti di almeno sette volte. Quindi vi è un problema di efficacia del finanziamento e della sua credibilità agli occhi dell'opinione pubblica.

Elemento concatenato è la strategia dei finanziamenti. Infatti la ricerca è finanziata dallo Stato, Regioni, Università e Imprese e questa attività è spesso fatta attraverso procedure diverse con regole diverse. Invece è importante che l'intero sistema lavori insieme per potenziare le condizioni necessarie alla crescita degli investimenti in R&S, i cui cardini sono sintetizzabili nello snellimento



delle procedure burocratiche e nel coordinamento degli interventi e concentrazione degli investimenti.

Pertanto nel 2012 il Ministero dovrà riqualificare la spesa destinata alla ricerca sanitaria, attraverso l'unificazione e la razionalizzazione delle risorse assegnate, al fine di garantire maggiori risultati attraverso la gestione unitaria di obiettivi comuni di carattere interistituzionale.

Le iniziative del 2011 da perseguire anche nel 2012, sono: garantire la trasparenza nell'assegnazione dei finanziamenti, orientarsi sempre di più verso la persona e non l'istituzione, integrare le risorse con la compartecipazione alla spesa da parte degli altri soggetti interessati, tentare un bando unico che coinvolga tutti i soggetti pubblici, facilitare il trasferimento delle idee nell'attività produttive attraverso la compartecipazione di aziende private.

Inoltre si dovrà promuovere la predisposizione da parte dell'AIFA dei Piani di controllo dei medicinali in commercio, con particolare riguardo alla qualità dei principi attivi impiegati, come previsto dall'art. 11, comma 11 del D.L. n. 78 del 2010.

4. Dispositivi medici

Nell'attuale quadro di razionalizzazione della spesa, particolare rilievo dovrà attribuirsi al ruolo strategico che i dispositivi medici assumono sia per la costante e forte innovazione tecnologica, che consente di mettere a disposizione di medici e pazienti nuove soluzioni diagnostiche e terapeutiche, sia per il significativo impatto economico che hanno nel quadro della spesa sanitaria pubblica e privata.

A tale proposito è da ritenersi utile prevedere un tetto di spesa per l'acquisto dei predetti beni, determinandosi annualmente il valore assoluto dell'onere a carico del S.S.N. di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni; l'eventuale sfioramento verrebbe recuperato dalle regioni tramite misure di contenimento della spesa per dispositivi medici o di altre voci equivalenti.

In tal modo si realizzerebbe pertanto:

- una riduzione della spesa basata su dati storici;
- la responsabilizzazione delle stesse aziende sanitarie e dei direttori generali sulle migliori forme di risparmio da attuare;



- la possibilità di non incidere direttamente sulla componente industriale della produzione e distribuzione dei dispositivi medici.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata al monitoraggio delle grandi apparecchiature ed ai dispositivi di controversa qualificazione giuridica.

Inoltre il potenziamento dei sistemi di tracciabilità dei dispositivi medici e degli altri prodotti di interesse sanitario quali cosmetici, biocidi e presidi medico chirurgici, potrà configurarsi come primo cardine della lotta alla contraffazione, finalizzata alla tutela della salute del cittadino.

Il trend di crescita della contraffazione di tali prodotti è correlato ad una mancata consapevolezza da parte del consumatore nonché alla mancanza di un processo organizzativo che rende critica l'applicazione dei sistemi di tracciabilità analoghi a quello previsto per i farmaci.

Dovranno inoltre essere rimodulate le tempistiche e le procedure di valutazione nel settore delle sperimentazioni cliniche dei dispositivi medici, al fine di rendere più competitiva l'Italia rispetto agli altri paesi europei.

5. Promozione della salute pubblica veterinaria e la sicurezza degli alimenti

Nel 2012 le attività del Piano Nazionale Integrato 2011-2014 (PNI o MANCP) e del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 dovranno caratterizzare, insieme con la razionalizzazione dei controlli sanitari ed il coordinamento delle strutture del S.S.N., le iniziative del Dipartimento. Particolare riguardo dovrà attribuirsi al nuovo Piano Nazionale per l'Alimentazione Animale (PNAA) per il triennio 2012-2014, con interventi sulla qualità e sicurezza degli alimenti.

5.1 Sicurezza degli alimenti

In continuità con il 2011 dovranno proseguire, insieme con l'ISS, le verifiche delle attività regionali sui prodotti di origine animale (igiene dei molluschi bivalvi) ed il monitoraggio sui prodotti di origine non animale; per gli alimenti di origine vegetale si dovrà controllare le contaminazioni chimiche, l'attuazione della normativa sui fitofarmaci (Regolamento CE n. 1107/2009) ed inoltre promuovere, nei confronti delle Regioni e delle Province Autonome, verifiche sulla qualità dell'acqua, quale ingrediente delle preparazioni alimentari attribuendo quindi particolare rilievo alla gestione del sistema di allerta rapido della catena alimentare come previsto nel nuovo Regolamento (CE n. 16/2011).



Di rilievo nel 2012 anche le iniziative per migliorare la qualità nutrizionale degli alimenti, sia presso le fasce sociali deboli che per il contrasto all'obesità, alle malattie croniche degenerative, alle sindromi di intolleranza o di allergia e quelle di informazione sulle qualità degli alimenti per favorire una vendita responsabile dei prodotti venduti nei *fast food* e nella distribuzione automatica.

Altri ambiti di intervento dovranno riguardare la sicurezza degli integratori alimentari, con informazioni adeguate sulle proprietà degli stessi e dovranno concernere la qualità nutrizionale dei dietetici erogabili dal SSN, come nel caso dei dietetici senza glutine, il potenziamento della capacità diagnostica dei laboratori per la ricerca di radionuclidi in situazioni emergenziali e di radiazioni ionizzanti utilizzati negli alimenti importati dall'estero ed infine la pianificazione dei controlli in conformità agli orientamenti comunitari sulle tecnologie di produzione e sui materiali a contatto con gli alimenti. Per questi ultimi e per le importazioni di animali e alimenti si dovrà attivare lo Sportello Unico Doganale, in interazione con il sistema informativo dell'Agenzia delle Dogane, e valorizzare le esportazioni italiane, anche mediante adeguata compilazione delle certificazioni sanitarie.

5.2 Sanità pubblica veterinaria

In materia di sanità animale, dovranno consolidarsi azioni più incisive nei confronti del territorio per il controllo e l'eradicazione delle malattie infettive animali e delle zoonosi, con particolare riguardo al Piano triennale di intervento sanitario sulla malattia vescicolare del suino gestito da apposita *task-force* presso la Direzione generale competente, con il Centro Nazionale di Referenza presso l'IZS di Brescia e la componente sanitaria tecnico-territoriale (Regioni e Province Autonome, IZZSS territoriali).

Al fine di uniformare gli interventi nel territorio sulle malattie a forte impatto sulle economie nazionali ed extra-nazionali sarà necessario attuare i Piani di emergenza con i relativi Manuali operativi conformi alle norme comunitarie e internazionali per quindi definire la tutela del benessere degli animali che devono eventualmente essere abbattuti nei focolai. Nelle medesime aree andrà assicurata l'attuazione dei LEA per la veterinaria, mirata ad accompagnare le Regioni nell'integrazione eventuale dei Piani di rientro con la componente della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare. In materia di benessere animale, dovrà migliorarsi il controllo del settore



degli animali da reddito attraverso l'informatizzazione del sistema di rendicontazione, in conformità con il Piano nazionale sul benessere animale (PNBA) ed intensificarsi le apposite intese con le forze dell'ordine, in materia di controlli sul benessere degli animali durante il trasporto in ambito comunitario.

Nel 2012 dovrà proseguire anche l'informazione ai cittadini e agli operatori di settore sulla idonea relazione uomo-animale, sulle norme vigenti, sui metodi di prevenzione dei rischi per la salute e l'incolumità pubblica. Altresì per contrastare i maltrattamenti sugli animali si dovrà potenziare il controllo sui canili e sul degrado segnalato, in collaborazione con i Carabinieri del servizio NAS e diffondere e regolamentare gli Interventi Assistiti con gli animali in sinergia con il Centro di referenza nazionale. Infine dovrà realizzarsi un maggiore controllo nei diversi stadi della circolazione del medicinale veterinario al fine di assicurare un efficace sistema di farmaco sorveglianza.

6. Politiche sanitarie internazionali

Anche nel corso del 2012, dovrà garantirsi una costante ed attiva partecipazione, sul piano politico e tecnico, alla fase ascendente del diritto comunitario, ma anche alla stesura dei piani pluriennali ed alle iniziative collaborative da questi previste (*calls, joint action, joint initiatives*), assumendone, quando possibile e compatibilmente con le risorse disponibili, la guida.

Dovranno consolidarsi ed ulteriormente svilupparsi anche le collaborazioni bilaterali, che favoriscono lo scambio di conoscenze e di risorse umane, soprattutto sulle tematiche più attuali, fornendo anche *expertise* verso Paesi ed aree geografiche che intendano conoscere, ed eventualmente avvalersi, di modelli adottati dal nostro sistema sanitario, nonché dell'esperienza dei nostri migliori professionisti del settore. Dovrà svolgersi attività diretta ma anche un'azione facilitatrice dell'incontro tra la domanda e l'offerta di collaborazione tra soggetti istituzionali.

La partecipazione alle attività delle grandi Organizzazioni internazionali, prime tra tutte l'OMS e le altre agenzie delle Nazioni Unite dovrà declinarsi anche attraverso il contributo tecnico alle convenzioni più significative. Particolare attenzione, ed una qualificata partecipazione, sarà dedicata ai lavori dell'OCSE, che affronta temi, di interesse economico e sanitario, di grande attualità, attraverso studi ed altri documenti che apportano elementi utili per gli approfondimenti e le decisioni a livello nazionale.



Dovranno essere sostenuti, proseguendo quanto già avviato negli anni precedenti, progetti di sanità pubblica collegati al programma EUROMED, che assume nuovi e maggiori significati alla luce dei più recenti eventi sociali e politici che hanno interessato l'area del Mediterraneo. Infatti, se da una parte le iniziative scientifiche sostenute dal Ministero continuano a rappresentare uno stimolo per i nostri ricercatori, sostenendo il ruolo di protagonista in ambito sanitario del nostro Paese nell'area mediterranea, dall'altra essi possono rappresentare un elemento di collaborazione e coesione tra Paesi che, su altri piani, si trovano talora su fronti opposti, e potranno contribuire alla pacificazione dell'area.

Al riguardo si ribadisce l'opportunità che il tema "salute" rientri tra le priorità della politica nazionale e dell'Unione per il Mediterraneo e, più in generale, dell'Unione Europea, e che sia adeguatamente valorizzato nelle più ampie logiche internazionali.

Collaborazioni multilaterali si potranno sviluppare anche sui diversi scacchieri geografici, vicini sul piano culturale e storico - come l'America Latina - sostenendo il progetto EuroSocial II, ma anche nei confronti di Paesi caratterizzati da economia in fase di crescita, primi tra tutti i Paesi cosiddetti "BRIC" (Brasile, Cina, India), il cui tumultuoso sviluppo può rivelare anche favorevoli opportunità di collaborazione per il settore sanitario del nostro Paese.

Da ultimo, va proseguita l'attività del progetto "Mattone internazionale", tenendo in particolare conto le opportunità che esso presenta per lo sviluppo di una sempre più significativa e convinta partecipazione delle Autonomie locali ad una sanità moderna, non limitata né limitabile negli stretti confini nazionali, ma che deve vivere in una prospettiva globale.

7. Politiche per l'efficienza gestionale

L'amministrazione dovrà proseguire, anche nel 2012, l'implementazione di sistemi adeguati di misurazione della performance, al fine di dare completa attuazione ai principi della cosiddetta "Riforma Brunetta", che prevede idonei strumenti di misurazione delle attività del Ministero per un continuo miglioramento dei servizi erogati.

In tema di controllo di gestione occorrerà dare ulteriore impulso all'adozione del sistema per budget quale strumento di *governance* ai diversi livelli.

Nel quadro degli interventi di miglioramento dell'organizzazione del lavoro, l'istituzione del "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e



contro le discriminazioni" (CUG) dovrà consentire il perseguimento della uguaglianza tra i generi, in tema di opportunità, di riconoscimento del merito, di corretta gestione del personale e di contrasto alle discriminazioni.

Inoltre il "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" adottato nel 2011 dovrà garantire a tutti un adeguato livello di informazione, tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità.

Questo processo di accessibilità totale delle informazioni per i cittadini dovrà implicare cambiamenti organizzativi, sviluppo tecnologico e un nuovo modo di comunicare, principalmente grazie ad internet e alle possibilità di dialogo e partecipazione offerte dal web.

Infine il "Codice dell'amministrazione digitale", potrà potenziare la partecipazione al procedimento amministrativo e il diritto di accesso ai documenti amministrativi anche attraverso l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

Roma, - 4 AGO. 2011

Il Ministro
Ferruccio Fazio